



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



# **A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS** **EM PORTUGAL**

Caracterização das Unidades de Saúde Familiar  
em 2010

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre**  
**em Saúde e Desenvolvimento**

**Orientador:** Professor Doutor Paulo Ferrinho

**Co-Orientador:** Doutor André Rosa Biscaia

**Mestranda:** Maria Carlota Celorico Moreira Pacheco Vieira

Lisboa, Novembro de 2010

## **II MESTRADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**Universidade Nova de Lisboa  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

### **Dissertação para a obtenção do grau de Mestre**

## **A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL**

Caracterização das Unidades de Saúde Familiar em 2010



**Orientador:** Professor Doutor Paulo Ferrinho

**Co-Orientador:** Doutor André Rosa Biscaia

**Autor:** Maria Carlota Celorico Moreira Pacheco Vieira

Lisboa, Novembro de 2010



O presente documento constitui a dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT-UNL). Tem como objectivo ser apresentado perante um júri para discussão e posterior aprovação.

***“In moving forward, it is important to learn from the past and,  
in looking back, it is clear that we can do better in the future”.***

*(Margaret Chan in World Health Organization, 2008c:ix)*

## **AGRADECIMENTOS**

Recordando o esforço conjunto de todos aqueles que contribuíram para que este trabalho ganhasse cor, gostaria de realçar e agradecer:

A todos os docentes do II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento que de uma forma directa ou menos directa influenciaram o meu pensamento e transmitiram saberes que contribuíram para que a construção deste documento fosse possível.

Aos COPINS (Comunidade Prática de Investigação em Saúde) pela oportunidade de debate, partilha e aprendizagem.

À USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar como intermediária entre o investigador e os sujeitos do estudo, com especial destaque ao Enfermeiro Rui Cardeira pela disponibilidade e dedicação na fase de recolha de dados.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria do Rosário Martins pela sua disponibilidade e ensino no tratamento estatístico dos resultados, análise e discussão.

E em especial, ao Professor Doutor Paulo Ferrinho e ao Doutor André Biscaia pela orientação, e dedicação constante, em que resultou aprendizagens que foram para além das fronteiras do contexto académico, tornando as suas palavras determinantes para a construção desta senda e o concluir deste projecto.

Por último e não menos importante a todos os que me acompanharam de uma forma mais indirecta mas sempre presentes, de reconhecido valor e imprescindibilidade, à minha família, amigos e em especial ao David.

Bem-hajam!

## **RESUMO**

**Introdução, Objectivos e Finalidade:** Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro ponto de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. O reforço da qualidade desta primeira e fundamental interface é um dos mais importantes objectivos da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, abrindo caminho a uma necessária e profunda mudança organizacional. É neste sentido que surgem as unidades funcionais dos centros de saúde como parte integrante do processo de reestruturação e, muito em particular, as Unidades de Saúde Familiar (USF).

O presente estudo tem como objectivo geral caracterizar as USF quanto ao seu desenvolvimento organizacional e à opinião e satisfação dos seus profissionais em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal. Esta caracterização tem como finalidade contribuir para o planeamento da monitorização e do apoio à evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal. Os objectivos específicos são: medir a satisfação dos profissionais de saúde das USF em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal e à actividade da sua USF; identificar os parâmetros de qualidade da actividade das USF reconhecidos como importantes pelos coordenadores das USF; identificar as necessidades de formação dos profissionais das USF; descrever os instrumentos de apoio à gestão utilizados pelas USF; conhecer a opinião dos coordenadores das USF sobre o processo de contratualização da actividade destas com as Administrações Regionais de Saúde; medir a satisfação dos coordenadores das USF em relação às condições técnicas para a actividade das USF; identificar as áreas prioritárias de mudança na actividade das USF na perspectiva dos seus coordenadores.

**População e Métodos:** O estudo é observacional, descritivo, transversal e censitário. Utilizou-se um questionário semi-estruturado para recolha da informação, aplicado a todos os indivíduos que desempenhavam funções de coordenação de USF em actividade no território de Portugal Continental (N=230, a 8 Fevereiro 2010 [Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2010]). Na análise de resultados foi utilizada estatística descritiva - percentagens e frequências - das variáveis e a análise de conteúdo para os resultados das variáveis medidas por questões de resposta aberta.

Foram definidos como parâmetros de caracterização das USF e variáveis deste estudo, as dimensões: qualidade, formação profissional, sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas, articulação com as unidades parceiras (manual de articulação), processo de contratualização, condições técnicas (recursos físicos e humanos) e a satisfação. Tendo em consideração que a caracterização das USF sofre influência das suas condições territoriais, temporais e estruturais, a USF de cada participante foi identificada de acordo com a Administração Regional de Saúde a que pertencem, o tipo de modelo em que opera e o número de anos de actividade.

Para este estudo delineou-se uma estratégia de recolha de dados em que foi salvaguardado o anonimato dos dados recolhidos. Neste estudo não existiu qualquer conflito de interesses.

**Resultados e discussão:** A taxa de resposta obtida foi de 59,1% (n=136). Observou-se que a distribuição dos coordenadores de USF respondentes, em relação aos parâmetros Administração Regional de Saúde de pertença da USF e tipo de modelo das USF, é proporcional à distribuição dos coordenadores no universo, dando suporte à generalização das conclusões deste estudo para toda a população em estudo.

Conseguiu-se construir um quadro complexo correspondente à caracterização das USF em 2010, como reflexo actual do estado de implementação da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Os parâmetros referentes ao desenvolvimento organizacional das USF mostram que existe preocupação com a área da qualidade da prestação dos cuidados, uma utilização de instrumentos de gestão como manuais de articulação e de boas práticas, estudos de satisfação do cidadão ou de satisfação no trabalho e um reconhecimento de que o processo de contratualização de actividade para a USF actua como *um estímulo para trabalhar com maior qualidade*. Estes resultados indicam que o processo de mudança que decorre pode estar a corresponder a uma melhoria organizacional dos serviços de saúde.

Quanto à satisfação dos profissionais de saúde em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, pode-se afirmar que os resultados obtidos são positivos e concordantes com um processo de mudança mobilizador dos profissionais (59,8% referem estar satisfeitos ou muito satisfeitos). Estes valores positivos são reforçados com os 83,3% de respostas de satisfação ou muita satisfação dos profissionais das USF em relação ao modo como decorre a actividade da USF, o que tem de ser considerado um sinal de que a componente organizacional das USF pode estar a conseguir garantir um adequado nível de qualidade de funcionamento das unidades. Foram, no entanto, assinaladas várias áreas em que se poderiam registar melhorias para a optimização da actividade das USF: maior autonomia funcional e financeira das USF, maior descentralização de competências das Administrações Regionais de Saúde para os Agrupamentos de Centros de Saúde, melhores sistemas de informação, entre outras.

Pode-se assim concluir que a evolução que se pretendia favorecer com a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal está, de facto, a acontecer mas, ainda, com ritmos, condições e resultados desiguais.

## **ABSTRACT**

**Introduction, Objectives, Purpose:** Primary Health Care (PHC) is the first contact point of the citizen with the health system. Strengthening this first and essential interface is one of the most important goals of the 2005 PHC Reform in Portugal, opening the way to a necessary and profound organisational change. It is in this context that functional units of health centres emerge as an integral part of the restructuring process, namely Family Health Units (FHU).

The general objective of this study is to characterise FHUs as to their organisational development and their health professionals' opinion and satisfaction with regards to the 2005 PHC Reform in Portugal. This characterisation aims to contribute to planning the monitoring and support to the progress of the 2005 PHC Reform in Portugal. The specific objectives are: to measure the satisfaction of FHUs' professionals with regards to the 2005 PHC Reform in Portugal, as well as to the activity of their FHU; to identify FHUs' activity quality parameters considered important by their coordinators; to identify training needs of FHUs' professionals; to describe the management support instruments used by FHUs; to be acquainted with the opinion of FHUs coordinators on the contracting process involving FHUs and Regional Health Administrations; to measure coordinators' satisfaction regarding the technical conditions for FHUs' activity; to identify priority areas for change in the activity of FHUs from the viewpoint of their coordinators.

**Population and Methods:** The study is observational, descriptive, transverse and applied to the entire population (using a census method). A semi-structured questionnaire was used for collecting information, applied to all individuals with a coordinating role in a FHU in activity in Mainland Portugal (N=230, on February, 8<sup>th</sup> 2010 [Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2010]). In the analysis of results descriptive statistics of variables were used – percentages and frequencies – as well as content analysis of the results of variables measured by open response questions.

For characterising FHUs, some dimensions were defined as parameters and variables for this study: quality, professional training, information and communication systems and computer applications, articulation with partner units (articulation handbook), contracting process, technical conditions (physical and human resources) and satisfaction. Bearing in mind that FHU characterisation is influenced by its territorial, time and structural conditions, each participant's FHU was identified according to the Regional Health Administration where it belongs, the type of model under which it operates and the number of years in activity.

For this study a data collection strategy was outlined in which data anonymity was safeguarded. There was no conflict of interests in this study.

**Results and Discussion:** The response rate was 59,1% (n=136). It was observed that the distribution of responding FHU coordinators, in relation to the parameters 'Regional Health



Administration where FHU belongs' and 'type of model of the FHU', is proportional to the distribution of coordinators in the universe. This supports the generalisation of this study's conclusions to the whole population being studied.

A complex table was assembled corresponding to the characterisation of FHUs in 2010, as a current reflection of the 2005 PHC Reform implementation status.

Parameters referring to FHUs' organisational development demonstrate a concern with quality in health care provision, the use of management tools such as articulation and good practice handbooks, citizen satisfaction or professional satisfaction reviews and an acknowledgement that the contracting process for the FHU acts as a stimulus for improved quality. These results indicate that the recent process of change might be consistent with an organisational improvement of health services.

As for the satisfaction of health professionals with regards to the 2005 PHC Reform in Portugal, it can be said that the results obtained are positive and in agreement with a professional-mobilizing process of change (59,8% of professionals declare themselves satisfied or very satisfied). These positive values are reinforced with 83,3% 'satisfied' or 'very satisfied' responses from FHUs' health professionals concerning the FHU's activity. This must be considered as a sign that the FHUs' organisational aspect may actually ensure an appropriate quality level in their activity. There were pointed out, however, several areas in which there could be improvements for optimising FHUs' activity: greater functional and financial autonomy, greater decentralisation of competences from Regional Health Administrations to PHC Centre Groupings, improved information systems, among others.

It can thus be concluded that the progress intended with the 2005 PHC Reform in Portugal is in fact taking place albeit at an uneven pace, with uneven conditions and results.

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; Unidades de Saúde Familiar; Satisfação no Trabalho; Desenvolvimento Organizacional; Parâmetros de Caracterização Institucional; 2010; Portugal.

### **KEY-WORD:**

Primary Health Care Reform; Family Health Units; Work satisfaction; Organizational development; Institutional Characterization Parameters; 2010; Portugal.

## **ÍNDICE**

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMO (português e inglês) .....</b>	<b>4</b>
Palavras-Chave (português e inglês) .....	7
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>8</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS .....</b>	<b>9</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS.....</b>	<b>10</b>
<b>SIGLAS E ACRÓNIMOS .....</b>	<b>11</b>
<b>1 - NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>12</b>
<b>2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 - Os Cuidados Saúde Primários em Portugal .....	15
2.1.1 - A Aposta nas Unidades de Saúde Familiar – 2005-2007 .....	24
2.1.2 - A Constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde – 2007-2009 .....	29
2.2 - Desenvolvimento Organizacional .....	31
2.3 - Parâmetros de Caracterização das Unidades de Saúde Familiar.....	33
<b>3 - CONSTRUINDO EVIDÊNCIA.....</b>	<b>37</b>
3.1 - Problemática da Investigação e Finalidade.....	37
3.2 - Objectivos da Investigação .....	40
3.3 - Quadro de Referência da Investigação.....	41
<b>4 - POPULAÇÃO E MÉTODOS .....</b>	<b>44</b>
4.1 - Caracterização do Estudo.....	44
4.2 - População e Caracterização dos Participantes .....	45
4.3 - Técnicas de Recolha de Dados .....	45
4.4 - Análise dos Dados.....	48
4.5 - Operacionalização da Investigação.....	50
<b>5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS E CONFLITO DE INTERESSES .....</b>	<b>53</b>
<b>6 - RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
6.1 - Satisfação dos Profissionais de Saúde das USF.....	56
6.2 - Desenvolvimento Organizacional das USF .....	57
6.2.1 - Parâmetros de Qualidade das USF .....	57
6.2.2 - Necessidades de Formação dos Profissionais das USF.....	60
6.2.3 - Instrumentos de Apoio à Gestão das USF.....	61
6.2.4 - Processo de Contratualização da Actividade das USF .....	63
6.2.5 - Condições Técnicas para a actividade das USF .....	64
6.3 - Áreas Prioritárias de Mudança na Actividade das USF .....	66
<b>7 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>69</b>
<b>8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>85</b>
Sítios Consultados como Fontes de Apoio:.....	88
<b>ANEXOS .....</b>	<b>89</b>

**ÍNDICE DE ANEXOS .....89**

Anexo nº 1 – Dados estatísticos das USF (a 8 de Fevereiro de 2010, fonte: MSCP).....	90
Anexo nº 2 – Questionário aplicado aos coordenadores das USF .....	94
Anexo nº 3 – Quadro sinóptico – Questionário .....	104
Anexo nº 4 – Tabelas da análise factorial multivariada .....	114
Anexo nº 5 – Resultados de cada pergunta do questionário .....	119

## **ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS**

Figura 1: Novo modelo organizacional dos CSP (excluindo as ULS) .....	19
Figura 2: A Reforma de 2005 dos CSP .....	20
Figura 3: N° total de USF por distrito (modelo B) a 1 de Março 2010. ....	28
Figura 4: Parâmetros de caracterização das USF .....	36
Figura 5: Quadro de referência da investigação I.....	42
Figura 6: Quadro de referência da investigação II .....	43
Figura 7: Esquema representativo da investigação .....	52
Tabela 1: N° de USF e profissionais nas USF por ARS (a 8 de Fevereiro 2010) .....	27
Tabela 2: N° de USF e profissionais nas USF por ARS (a 8 de Novembro 2010).....	27
Tabela 3: Descrição da população do estudo .....	55
Tabela 4: Áreas a contemplar num questionário sobre satisfação no trabalho.....	58
Tabela 5: Áreas a contemplar num questionário sobre satisfação do cidadão .....	59
Tabela 6: Necessidades de formação dos profissionais das USF .....	61
Tabela 7: Problemas identificados como prioritários das USF .....	66
Tabela 8: Áreas de Actividade Funcional das USF a Alterar.....	68
Tabela 9: Análise SWOT sobre a Reforma de 2005 dos CSP.....	76
Tabela 10: Análise TOWS sobre a Reforma de 2005 dos CSP.....	77
Gráfico 1: Satisfação dos profissionais das USF.....	56
Gráfico 2: Presença da área da qualidade no relatório de actividade das USF por ARS .....	57
Gráfico 3: Âmbito do manual de boas práticas das USF .....	60
Gráfico 4: Sistemas de informação e comunicação utilizados nas USF .....	62
Gráfico 5: Manual de Articulação nas USF .....	63
Gráfico 6: Processo de contratualização das USF.....	64
Gráfico 7: Recursos físicos das USF para actividade profissional.....	65
Gráfico 8: Recursos Humanos das USF.....	65

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ACS – Alto Comissariado da Saúde  
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CS – Centros de Saúde  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direcção-Geral da Saúde  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
ERA – Equipas Regionais de Apoio  
GCR CSP – Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários  
IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IP – Instituto Público  
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PPP – Parcerias Público Privadas  
RRE – Regime Remuneratório Experimental  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
ULS – Unidade Local de Saúde  
UNL – Universidade Nova de Lisboa  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USF-AN – Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública  
WHO – World Health Organization

## **1 - NOTA INTRODUTÓRIA**

*Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.*

(Confúcio, filósofo chinês, 551a.C.-479 a.C.)

Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS - Escritório Regional Europeu), é a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente (Roberts, 1998). É vista como um recurso para a vida diária e não um objectivo desta, abrangendo recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, ou seja, é um estado de bem-estar bio-psico-social e não apenas a ausência de saúde. Esta visão da saúde é um dos pontos-chave da prestação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tendo como objectivo melhorar a prestação de cuidados de saúde (oferta) e promovê-los de acordo com as necessidades da população (procura). O relatório mundial da OMS de 2008 (ano do 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata [1978]), sobre CSP, levou à tomada de consciência sobre a existência de hiatos evidentes entre a aspiração e o concretizado para o desenvolvimento dos CSP. Foi também consciencializado que é uma necessidade emergente analisar de um modo útil esses hiatos de forma a criar uma base de conhecimento que permita reflectir sobre a implementação das políticas do sector e o seu efeito no desenvolvimento dos CSP. É esta a base para a reflexão, que se segue, sobre a conjuntura presente dos CSP em Portugal, mais propriamente sobre a actual reforma deste nível de cuidados (daqui em diante designada por Reforma de 2005 dos CSP, que se prolonga até aos dias de hoje).

Acompanhando esta perspectiva, Simões e Barros (2007) referem que cabe aos CSP promover, de uma forma sistémica, saúde e prevenção da doença, gestão de problemas agudos ou graves, nas dimensões física, psíquica, social e cultural, recorrendo a uma abordagem centrada na pessoa, na sua família e na comunidade onde está inserido.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde [MS], 2004) os CSP são o principal pilar do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este nível de cuidados acompanha o desenvolvimento da nova organização decorrente da Reforma de 2005 dos CSP, que assenta em diferentes áreas prioritárias de intervenção: a implementação das

Unidades de Saúde Familiar (USF); o desenvolvimento dos recursos humanos; o desenvolvimento dos sistemas de informação; e a evolução da prestação de cuidados em relação às necessidades do cidadão e às exigências da própria Reforma, entre outras. As Unidades de Saúde Familiar são consideradas a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (MS, 2004). Sendo “*equipas motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das Unidades de Saúde Familiar e, consequentemente, são os intérpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP.*” (D.L. n.º 298/2007).

Nesta sequência, esta investigação centra-se no estudo sobre o estado actual da *Reforma dos CSP em Portugal*, reflectido na *caracterização das Unidades de Saúde Familiar em 2010*, recorrendo para tal à *perspectiva dos seus coordenadores*.

Este documento é apresentado em oito capítulos, agrupados em quatro grandes blocos. Um inicial de revisão de literatura sobre a temática em causa, seguido da contextualização e problemática da investigação; um segundo grupo sobre as características da investigação, população, material e métodos utilizados, assim como considerações éticas e legais e conflito de interesses; um terceiro bloco composto pela apresentação e discussão de resultados; e por fim um último sobre conclusões e considerações finais, optando-se também por apresentar a uma listagem de bibliografia referenciada ao longo do texto e outra que apenas serviu de suporte e consulta.

## **2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

*“(...) são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação (...), com o espírito de autoconfiança e autodeterminação”.*

(Artigo VI, Declaração Alma-Ata, 1978)

A evidência de que os CSP são estratégicos é demonstrada no relatório mundial da OMS, do ano 2008, e o seu título – “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que Nunca” – é disso elucidativo. Esta foi a forma encontrada para chamar à responsabilidade todos os intervenientes deste processo de evolução mundial do sector da saúde. Neste relatório é reconhecido o potencial dos CSP como o conjunto de valores e princípios capaz de orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde para fazer face aos desafios actuais.

Como Marc Danzon (Director Regional da OMS na Europa) refere, *“o primeiro pilar [para o progresso de qualquer país] é o de assegurar um acesso real a todos os cidadãos, não só aos cuidados de saúde, mas também à promoção da saúde, à prevenção da doença e à informação de saúde”* (Sakellarides, 2006:6). Em resposta a esta visão global e transversal são criadas possíveis oportunidades para de uma forma objectiva haver investimento na expansão de recursos para a saúde e minimização de desequilíbrios na população. Em paralelo, a OMS (2007, *in* Lapão, 2007) reforça que este paradigma centraliza a saúde numa participação mais activa do cidadão, de onde se espera o emergir de padrões de comportamento mais ajustados.

Os primórdios dos CSP reportam-se a valores da revolucionária Declaração da Alma-Ata (1978) onde princípios de equidade, justiça social e saúde para todos são contemplados ao lado de orientações de participação da comunidade e promoção de saúde, associadas à utilização adequada dos recursos e parcerias intersectoriais (Lawn *et al*, 2008).

No caso português a origem dos CSP remete-se a sete anos anteriores a esta mudança mundial (Biscaia *et al*, 2008). Foi em 1971, com o decreto-lei nº 413/71 de 27 de Setembro, em que foi definida a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que o Sistema de Saúde Português sofreu a sua primeira grande reforma no sentido da construção dos CSP portugueses. Foi reconhecido o direito à saúde para todos os cidadãos nacionais, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar. Sendo a filosofia subjacente idêntica à



introduzida pela Declaração de Alma-Ata em 1978, salienta-se o carácter pioneiro e inovador do Sistema de Saúde Português no início da década de setenta em relação à saúde mundial (Lapão, 2008).

## **2.1 - Os Cuidados Saúde Primários em Portugal**

O conceito actual de CSP caracteriza-os como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade (Biscaia *et al*, 2008). Têm por objectivo intervir nos principais problemas de saúde da comunidade, englobando acções de prevenção, de promoção, de reabilitação, de cuidados curativos, e de fim de vida (*idem*). Os sistemas de saúde que se suportam neste tipo de princípios são os que têm maior probabilidade de sucesso, na consecução de objectivos instrumentais de busca de mais saúde para todos: optimização dos cuidados de saúde, equidade, distribuição dos recursos e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde, entre outros (Barbara Starfield *in* Biscaia *et al*, 2008). Portugal é um exemplo deste tipo de sistema de saúde.

Se tivermos em conta o conceito descrito, pode-se dizer que, em Portugal, os CSP têm uma história de cerca de quatro décadas. De facto, na história da organização dos serviços de saúde em Portugal é possível descrever o desenvolvimento dos CSP em seis fases (Biscaia *et al*, 2008):

1. Uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975 com a constituição dos Centros de Saúde (CS) de 1ª geração;
2. Seguida a fase de 1975 a 1982 com a institucionalização do Serviço Nacional de Saúde (Lei de bases – nº56/1979, de 15 de Setembro) e do serviço médico à periferia e da carreira de medicina geral e familiar (clínica geral);
3. De 1983 até 1994, a fase dos CS integrados, chamados de 2ª geração;
4. O período de 1995 a 2001 com a introdução de modelos organizativos experimentais dos CSP – CS de 3ª geração;
5. A fase de 2002 até 2004 assinalada pela constituição de parcerias público-privadas (PPP) nos CSP;

6. E a fase a partir de 2005, até à presente data, caracterizada pela reorganização dos CSP, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a extinção das sub-regiões de saúde.

Branco e Ramos (2001) mencionam, também, que a evolução dos CSP em Portugal conheceu vários períodos. A partir de **1971** foram criados os primeiros CS — os CS de primeira geração, associados ao que então se entendia por saúde pública — incluindo actividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras. É o lançamento de uma visão sistémica dos CSP.

Em sequência, pelo ano de **1983** os primeiros CS foram integrados com os numerosos postos dos (ex)Serviços Médico-Sociais. Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes dos componentes integrados — acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, por um lado e por outro, a programação de actividades com objectivos de saúde.

Já em **1999** foi aprovada a legislação (Decreto-Lei nº 156/99 e nº157/99, de 10 de Maio) sobre os CS de terceira geração e os Sistemas Locais de Saúde. Esta aparece na sequência de experiências sobre o terreno e do início de um regime remuneratório experimental para os médicos de medicina geral e familiar. As unidades operativas destes novos CS são caracterizadas por serem autónomas e com hierarquia técnica. Tentou-se promover um processo de mudança organizacional que não podia ser implementada pela via normativa clássica, *top down*. Embora necessitasse de um enquadramento de topo, a sua realização dependia essencialmente da capacidade de despoletar uma dinâmica de mudança em cada CS e de proporcionar acompanhamento e apoio técnico a esses processos de mudança locais. Tal não foi conseguido e esta reforma ficou-se pelas experiências organizativas nos CSP, nomeadamente o regime remuneratório experimental (RRE) que, no entanto, foram uma fonte importante para a definição da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Inicia-se aqui a construção de uma arquitectura dos CSP que é interrompida em **2002** pelo novo ciclo político e consequente alteração legislativa sobre a rede de CSP (Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril). É implementada uma organização em que os serviços públicos e privados surgem como parte integrante de uma única rede de serviços de saúde

financiada pelo Estado (Biscaia *et al*, 2008). O foco é a abertura dos CSP ao sector social e privado e o reforço da vertente gestionária dos CS, onde estes são configurados como serviços sujeitos às leis do mercado (*idem*).

Este processo termina, em **2005**, com a tomada de posse do novo Governo (com maioria absoluta no parlamento) e consequente início de um novo ciclo para os CSP. Ocorreu a revogação do Decreto-Lei nº60/2003 de 1 de Abril da Rede de CSP e a criação da unidade de Missão de Cuidados de Saúde Primários<sup>1</sup> ([MCSP] Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro), de forma a implementar a mudança (Biscaia *et al*, 2008), mantendo-se o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como o guia de planeamento estratégico para a saúde. Este Plano surge como um instrumento de acção de âmbito nacional, que contempla orientações, estratégias e metas em sectores prioritários do ramo da saúde (Ministério da Saúde, 2004). No seu conjunto representa também o primeiro passo na definição de novas orientações estratégicas para o sector da saúde com um horizonte temporal alargado (Peleteiro *et al*, 2004).

Com os objectivos de garantir a qualidade na prestação dos cuidados de saúde, aumentar a acessibilidade dos serviços de saúde e melhorar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais de saúde, inicia-se em 2005 a reforma dos CSP que vigora até aos dias de hoje. A MCSP considerou que para que pudesse acontecer a reforma necessária dos CSP seria fundamental modernizar e reconfigurar os CS uma vez que estes são o “*coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o Sistema de Saúde [Português]*” (Pisco, 2007 *in* Biscaia *et al*, 2008:217) e o primeiro ponto de acesso do cidadão aos cuidados de saúde (Pisco *in* MCSP, 2006a).

Esta Reforma de 2005 dos CSP consistiu, numa primeira fase, na reestruturação organizacional desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde, onde foram criadas equipas multiprofissionais de contacto directo com a população – as

---

<sup>1</sup> Compete à MCSP a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro). Após prorrogação de mandato de 18 meses, teve o seu mandato prorrogado por mais dois anos, de acordo com a Resolução de Conselho de Ministros n.º 60/2007, e, ainda, uma prorrogação de mandato por mais um ano, nos termos da Resolução de Conselho de Ministros, n.º 45/2009. Tais prorrogações justificaram-se pela dimensão e complexidade das tarefas em causa, permitindo àquela estrutura cumprir cabalmente e com reconhecido sucesso a missão que lhe foi atribuída. As funções da MCSP terminaram no dia 13 de Abril 2010, sendo substituída por um novo modelo de governação: Coordenação Nacional, Coordenação Estratégica e Conselho Consultivo (Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação do Gabinete da Ministra da Saúde, Junho 2010; Ministério da Saúde, 2010b).

USF<sup>2</sup> – e, numa segunda fase, na reorganização dos CS – os ACES. No entanto, é acompanhada por outras medidas de reconfiguração organizacional, com ênfase:

- *“na autonomia progressiva dos CS e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP;*
- *na reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública;*
- *na criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados;*
- *na melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares;*
- *na modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS;*
- *na política adequada de recursos humanos, incluindo atracção de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores;*
- *nos sistemas adequados de informação clínica e para a gestão;*
- *na integração dos sectores cooperativo, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população;*
- *e na sintonização de todas as acções com o Plano Nacional de Saúde”*  
(Grupo Técnico para a Reforma dos CSP in MCSP, 2006a:4).

Paralelamente, a MCSP (2006a) define linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos CSP divididas em diferentes áreas:

- Reconfiguração e autonomia dos CS – criação dos ACES;
- Implementação de USF;
- Reestruturação dos serviços de saúde pública;
- Implementação de Unidades Locais de Saúde<sup>3</sup> (ULS);
- Desenvolvimento dos recursos humanos;
- Desenvolvimento de sistemas de informação; e
- Mudança e desenvolvimento de competências.

---

<sup>2</sup> Um dos seus propósitos é estabelecer uma proximidade dos cuidados de saúde com a população e em simultâneo desburocratizar a oferta de serviços de saúde e aumentar a sua qualidade e eficiência.

<sup>3</sup> Consistem na integração numa única entidade pública, dotada de gestão empresarial (EPE), os vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde existentes num município e que prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis. Por integrarem hospitais e CS fica justificada a sua nomenclatura (Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro).

Esta reorganização dos CSP orienta-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a acção é: centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível; e presenciando um quadro ético de responsabilidade social (MCSP, 2006a).

A criação e implementação das USF, como medida de imediata reconfiguração dos CS, dão origem a um novo papel para os CS, como novas instituições centralizadoras de um conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP. Esta reconfiguração foi acompanhada pela extinção do nível intermédio de decisão (Sub-Regiões de Saúde) e a criação e implementação dos ACES<sup>4</sup>.

Esta mudança é acompanhada por uma estrutura organizacional claramente diferente. Verifica-se a existência de uma organização dos CSP mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde [Figura 1]. É delineada uma estrutura onde passam a existir apenas 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS) e 74 ACES. Por cada ACES existem várias unidades funcionais de serviços diferenciados dos CSP e intra-articulados, de onde se destacam as USF. [Ver capítulo: A Constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde – 2007-2009].

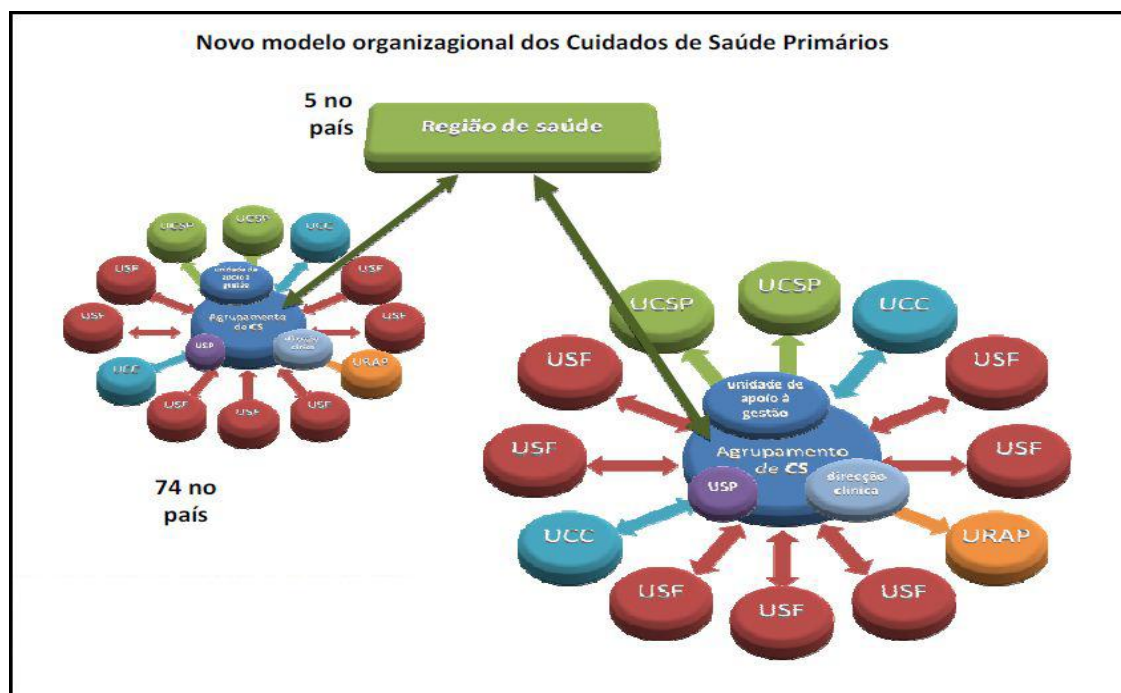


Figura 1: Novo modelo organizacional dos CSP (excluindo as ULS) - Fonte: GCRSP, 2009

<sup>4</sup> São constituídos por “serviços de saúde com autonomia administrativa, construídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais CS” (Biscaia et al, 2008:218).

Esta Reforma está integrada num conjunto de mudanças da administração pública. Segundo Pisco (2007 [enquanto coordenador da MCSP]) os parâmetros basilares desta mudança estão apoiados nas directrizes de renovação do próprio sistema da administração pública, trazendo benefícios evidentes para o seu sucesso [

Figura 2]. São eles a diminuição de estruturas administrativas, a viabilidade financeira, a melhoria de acessibilidades e a qualidade da prestação de cuidados.

Ao longo do processo de evolução dos CSP portugueses não existiram mudanças abruptas (Biscaia *et al*, 2008). O Estado foi assumindo progressivamente a responsabilidade da prestação e financiamento da saúde, até chegar ao ponto de pretender ser o financiador, regulador e prestador único (idem). O Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários [GCRCSP] (2009) afirma que o Serviço Nacional de Saúde para continuar a desempenhar o seu papel social insubstituível necessita de superar definitivamente a lógica de comando-e-controlo própria da administração pública “tradicional”.



Figura 2: A Reforma de 2005 dos CSP - Fonte: Pisco, 2007

*“Toda a reforma que se prolonga no tempo tem momentos de exaltação, períodos difíceis e tempos decisivos”* (GCRCSP, 2010:2), em **2010**, o processo da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal entra numa nova etapa, uma vez que já foi ultrapassada a fase de planeamento, arranque e implementação das suas vertentes e componentes essenciais (MS, 2010b).

Em Abril de 2010 deu-se por terminadas as funções da MCSP, abrindo assim lugar a um novo modelo de governação da Reforma de 2005 dos CSP, assente em *“estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes.”* (MS, 2010b:1). Este novo modelo de governação pretende responder à necessidade de articular os dispositivos de prossecução da Reforma de 2005 dos CSP e consolidar as inerentes transformações organizacionais quer a nível nacional, como regional e local, por forma a diminuir disparidades e desigualdades de evolução e qualidade. É assim reforçada a necessidade intrínseca de construir uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis, em prol de uma garantia de sustentabilidade da Reforma de 2005 dos CSP a médio e longo prazo (MS, 2010b).

Para efeitos do disposto anteriormente são criadas três estruturas<sup>5</sup>, designadamente: a Coordenação Estratégica<sup>6</sup>, a Coordenação Nacional<sup>7</sup> e o Conselho Consultivo<sup>8</sup>.

<sup>5</sup>“O novo modelo de governação da reforma dos cuidados de saúde primários [em substituição da MCSP que terminou funções a 13 de Abril de 2010] assenta em estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes. Para efeitos, são criadas as seguintes estruturas: Coordenação Nacional, Coordenação Estratégica e Conselho Consultivo” (Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação do Gabinete da Ministra da Saúde, Junho 2010; Ministério da Saúde, 2010b).

<sup>6</sup> Tem como funções: “(i) Auscultar e analisar contributos das instituições e dos actores envolvidos na reforma, designadamente os profissionais a nível local, associações profissionais, sociedades científicas e centros de investigação; (ii) Manter actualizado um quadro de orientação estratégica geral, publicamente disponível, que constitua um guia de referência para todos; (iii) Apoiar os membros do Governo na concertação e harmonização das estratégias parcelares dos principais actores envolvidos na execução da reforma, designadamente a ACSS, a DGS e as cinco ARS; (iv) Preparar instrumentos conceptuais e orientadores de apoio ao aprofundamento das transformações organizacionais em curso, designadamente relacionados com o desenvolvimento das unidades funcionais; (v) Delinear um modelo de desenvolvimento contínuo de competências de governação dos órgãos e elementos dirigentes; (vi) Delinear um modelo de avaliação formativa centrada no desenvolvimento e gestão organizacional e seus protagonistas, a todos os níveis; (vii) Exemplificar uma prática de transparência e de comunicação da reforma, através de relatórios de progresso periódicos, que contemplem de modo sucinto e objectivo: descentralização de competências das ARS para os ACES; recursos humanos dos CSP; reforço dos processos de apoio e de contratualização de âmbito regional; alicerces estruturais e instrumentais da reforma, designadamente as infra-estruturas e a arquitectura dos sistemas de informação e respectivas tecnologias de informação e comunicação; desenvolvimento organizacional e de competências de gestão nos ACES; saúde populacional e saúde pública; saúde pessoal e familiar; intervenção comunitária e cuidados específicos a grupos com necessidades especiais de saúde; desenvolvimento da governação clínica e da saúde nos CSP e processos de

É também indicado que o novo modelo de governação da Reforma dos CSP “*deverá ter em especial atenção mecanismos adequados de articulação e cooperação interministerial no domínio do Plano Tecnológico e da Investigação.*” (MS, 2010b:6). Este novo modelo passa pelo cumprimento de um conjunto de projectos-guia, que abrangem áreas como seja a implementação de mais USF, a implementação de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Saúde Pública (USP), a constituição de Conselhos da Comunidade, o recrutamento de mais especialistas em medicina geral e familiar, e o incentivo à investigação e formação de apoio à Reforma de 2005 dos CSP. É também pretendido o desenvolvimento de iniciativas nos domínios de: (MS, 2010b)

- Sistemas de informação (*racionalização da arquitectura do sistema de informação em CSP, interoperabilidade de aplicações, dispositivos eficazes de processamento estatístico de dados com “feedback” automático para monitorização permanente da situação de indicadores de actividade e de resultados*);
- Outras unidades funcionais dos ACES (*harmonização de aspectos organizativos das unidades de cuidados de saúde personalizados [UCSP] e das unidades de recursos assistenciais partilhados [URAP]*);
- Articulação entre as várias unidades funcionais (*aperfeiçoamento de aspectos relacionados com o funcionamento e interligação entre USF, UCSP, UCC, USP e URAP*);
- Subsidiariedade nas decisões de gestão (*medidas de descentralização /delegação de competências do nível regional para o nível local (ACES) e de apoio ao desenvolvimento organizacional e de gestão dos ACES*);

---

*participação dos cidadãos e da comunidade; (viii) Criar grupos de trabalho ou de projecto para tarefas específicas, nos termos da legislação aplicável.*” (MS, 2010b:2-3).

<sup>7</sup> Tem como funções: “(i) Conduzir o processo de reforma dos CSP nas instituições e aos vários níveis; (ii) Decidir sobre a concretização de alterações estruturais na rede de serviços; (iii) Harmonizar e agilizar os processos de recrutamento, mobilidade e distribuição dos recursos envolvidos na reforma; (iv) Desenvolver aos vários níveis os dispositivos instrumentais da reforma: apoio e acompanhamento, contratualização e sistemas de informação; (v) Orientar e assegurar a produção.” (MS, 2010b:2).

<sup>8</sup> Tem como funções: “(i) Aconselhar o Governo em tudo o que considerar relevante para a prossecução da reforma dos CSP; (ii) Analisar e emitir parecer sobre a evolução da reforma em geral e sobre os relatórios de progresso elaborados pelo Grupo de Coordenação Estratégica, em particular.” (MS, 2010b:3).



- Governação clínica<sup>9</sup> e de saúde (*desenvolvimento da governação clínica e de saúde nos CSP; entre outros aspectos de natureza estratégica ou técnico-operativa vitais para o sucesso e consolidação desta reforma dos CSP*).

Não pode passar despercebido o impacto internacional que a Reforma de 2005 dos CSP começou a conhecer. Um dos reflexos da contínua e sistemática melhoria dos serviços de saúde portugueses reconhecida internacionalmente é visível no Relatório Mundial de 2008 da OMS (WHO, 2008c). A aposta portuguesa é exemplo de sucesso e apontada como um dos desafios de um mundo em mudança, na medida em que baseia a política de saúde nos princípios dos CSP, com o desenvolvimento de uma rede abrangente de CSP, e origina a melhoria dos seus indicadores de saúde. Segundo Androulla Vassiliou (Comissária Europeia da Saúde), aquando de sua visita a Portugal com a intenção de conhecer o Sistema de Saúde Português, a Reforma de 2005 dos CSP é um conceito que poderá vir a ser exportado para o espaço europeu e proveitoso a vários países, em que para tal seria útil analisar o modelo no sentido de ser adoptado, com as devidas adaptações, por outros congéneres (Reis, 2009).

Em suma:

- A execução da Reforma de 2005 dos CSP foi faseada em três momentos, sendo a primeira: a aposta na criação e implementação das USF, de 2005-2007; a segunda, a constituição dos ACES, restantes unidades funcionais dos ACES e a expansão por todo o território nacional das USF, de 2007-2009; e a terceira, a implementação de um novo modelo de sustentabilidade e governação, iniciado em Abril 2010. A segunda fase da Reforma (a contemporânea com o presente) é acompanhada por uma reorganização da intervenção comunitária, por um reforço dos cuidados no domicílio, e dos cuidados continuados, pela implementação das unidades móveis de situações seleccionadas e de redes de apoio à família (Biscaia *et al*, 2008).
- Destacam-se dois dos principais desafios: o de envolver os ainda cépticos no processo da Reforma de 2005 dos CSP, e o de garantir às USF um bom funcionamento e um elevado padrão de atendimento aos cidadãos. Tal situação proporciona uma melhor eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde e uma maior satisfação dos profissionais e

---

<sup>9</sup> Conceito segundo “*quality, accountability, transparency and continuous improvement [and] it is said that such concerns can only flourish in a context of co-operation, teamwork and support*” (Van Zwanenberg & Harrison, 2009:vi)

dos utilizadores (Pisco, 2008). Na linha da obtenção de ganhos em eficiência e eficácia, as USF são apontadas como uma mais-valia, sendo definidas como: sistemas complexos e adaptativos, dominados pela dinâmica da “auto-organização” (alteração da sua própria organização sem influência externa), indissociável da aposta no desenvolvimento da qualidade, na gestão de recursos e na formação profissional (liderança, gestão de mudanças, partilha de saberes/potencialização do conhecimento e desenvolvimento profissional contínuo) (Lapão, 2007).

- Os CSP portugueses encontram-se num processo de mudança caracterizada por uma reforma que, ao contrário do habitual, começa onde mais importa, no ponto de encontro entre o cidadão e os profissionais de saúde como o descongelamento periférico do sistema (GCRCSP, 2009). Com a nova rede de CSP, onde os elementos-chave são as USF e a sua envolvência, reconhece-se que é fundamental que as USF constituam um pólo de atracção para os profissionais ainda não aderentes e, sobretudo, para os jovens médicos, enfermeiros e secretários clínicos (GCRCSP, 2009). O facto de existir uma ocupação em cerca de 33%<sup>10</sup> (GCRCSP, Fevereiro de 2010) do território de prestação de cuidados de saúde personalizados é um incentivo à adesão destas premissas, com a candidatura e implementação de novas USF.

### **2.1.1 - A Aposta nas Unidades de Saúde Familiar – 2005-2007**

Segundo o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009), a aposta na criação de USF é bastante positiva, na medida em que possui uma resposta tangível àquilo que as pessoas consideram ser de primordial relevância – cuidados de saúde de fácil acesso e boa qualidade de atendimento.

As USF têm por missão e responsabilidade “*manter e melhorar o estado de saúde dos indivíduos por elas abrangidos, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes.*” (Correia de Campos, 2008:92)

---

<sup>10</sup> Em Fevereiro de 2009 cobria cerca de 20% do território de prestação de cuidados de saúde personalizados (GCRCSP, 2009).

Entende-se por USF uma célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, integrada em rede com outras unidades funcionais do CS. É constituída por: (Biscaia *et al*, 2008)

- Uma equipa multiprofissional (médicos de clínica geral, enfermeiros familiares e assistentes técnicos/secretários clínicos) auto-organizada, com autonomia funcional e técnica.
- Possui instrumentos próprios de contratualização, de gestão, de monitorização e de avaliação (um regulamento Interno, um plano de acção, um manual de boas práticas, um manual de articulação, órgãos sociais de participação e decisão) envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade.
- São equipas com cerca de 3 a 10 médicos de família, 3 a 10 enfermeiros, 3 a 10 administrativos.
- São de constituição voluntária por parte dos profissionais, que se responsabilizam pela prestação de cuidados a uma população de 4.000 a 18.000 cidadãos, dependente da área geográfica que abrange.

Nem todas as USF estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico (Lapão, 2008).

O modelo A corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar (Despacho n.º 24 101/2007).

O modelo B é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente (Despacho n.º 24 101/2007).

Por último o modelo C tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio (Despacho n.º 24 101/2007).

O modelo de gestão das USF é baseado nos mais adequados métodos de gestão pública e introduz novas práticas de colaboração relacionadas com ambientes de "auto-organização" (Lapão, 2008), tendo um conjunto de características independentes do seu modelo de gestão ou da sua natureza jurídico-funcional. Acordam com a administração pública um contrato onde consta (Biscaia *et al*, 2008):

- um sistema retributivo misto (base/carreira e capitação ajustada) e de incentivos individuais e de grupo;
- um sistema de informação de gestão de doentes, administrativa, clínica e de desempenho;
- uma contratualização baseada numa carteira de serviços básicos e adicionais;
- um acordo de inter-substituição que permita um atendimento diário e permanente entre as 8h e as 20h; e
- um plano de desenvolvimento de competências e formação.

A MCSP (2006b) refere que os indicadores de desempenho das USF tomam como ponto de partida o disposto na Norma IX do Despacho Normativo 9/2006, que refere sete áreas, sobre as quais assenta a monitorização das actividades das USF: disponibilidade; acessibilidade; produtividade; qualidade técnico-científica; efectividade; eficiência; satisfação.

Segundo MCSP (2010) (à data de 8 de Fevereiro de 2010 - data da recolha de dados da presente investigação), existem 230 USF em actividade, que englobam 4.617 profissionais de saúde (1.642 médicos, 1.666 enfermeiros, 1.309 secretários clínicos, alocados respectivamente por cada Administração Regional de Saúde [ARS]) [Tabela 1] e abrangem 2.896.126 potenciais utentes, mais 13,69% de ganho (348.635 utentes) em relação ao número de utentes abrangidos se estas USF não tivessem sido constituídas.

[Anexo nº 1]

**Distribuição dos Profissionais das USF em Actividade (a 8 de Fevereiro 2010)**

ARS	Nº USF	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
ALENTEJO	5	108	38	40	30
ALGARVE	8	162	55	56	51
CENTRO	26	497	178	180	139
LVT	80	1.679	601	598	480
NORTE	111	2.171	770	792	609
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>4.617</b>	<b>1.642</b>	<b>1.666</b>	<b>1.309</b>

Tabela 1: Nº de USF e profissionais nas USF por ARS (a 8 de Fevereiro 2010) - Fonte: MCSP, 2010

Com intuito de apenas informar e evidenciar a evolução deste processo a tabela que se segue [Tabela 2] representa os mesmos indicadores à data mais actual de disponibilidade de informação, com um intervalo de tempo de 9 meses, relativamente aos dados desta investigação.

**Distribuição dos Profissionais das USF em Actividade (a 8 de Novembro 2010)**

ARS	Nº USF	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
ALENTEJO	8	179	62	64	53
ALGARVE	9	184	62	64	58
CENTRO	28	539	192	195	152
LVT	83	1.739	623	619	497
NORTE	130	2.496	887	904	705
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>5.137</b>	<b>1.826</b>	<b>1.846</b>	<b>1.465</b>

Tabela 2: Nº de USF e profissionais nas USF por ARS (a 8 de Novembro 2010) - Fonte: MCSP, 2010

Até ao momento da realização do estudo existem USF de modelos A ou modelo B, respectivamente 128 e 102 USF, sendo os seus valores totais de maior representatividade na zona litoral de Portugal Continental, como é ilustrado na figura que se segue, com dados à data de 1 de Março 2010 [Figura 3]. Correia de Campos (2008) menciona que tal fenómeno se deve em parte ao incentivo prioritário de constituir USF em locais de maior número de utentes sem médicos de família, pois o interesse público atribuiu, como primeira tarefa, cuidar dos que não têm sequer médico.

### Distribuição de USF por distrito em Portugal Continental

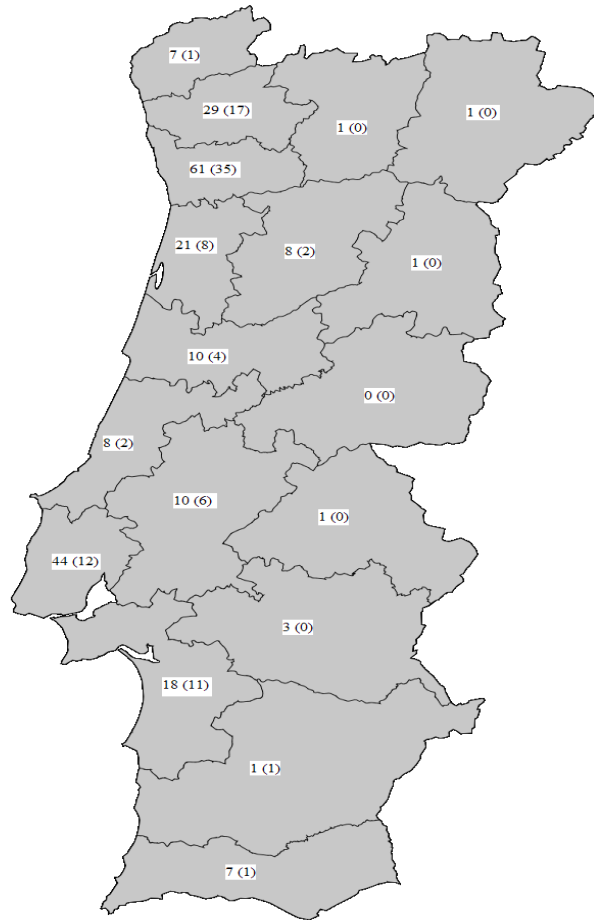


Figura 3: Nº total de USF por distrito (modelo B) a 1 de Março 2010 - Fonte: Miguel & Brito de Sá, 2010.

De referir que as USF, são unidades fundamentais na análise da viabilidade financeira e sustentabilidade da Reforma de 2005 dos CSP. A MCSP encomendou em 2006 um estudo<sup>11</sup> sobre o impacto orçamental das novas unidades funcionais – USF. (Correia de campos, 2008). A conclusão principal deste estudo indica um impacto financeiro global positivo, em que a implementação de 34 USF (em 2007), por comparação com os CS, teve uma redução de despesas em cerca de 9 milhões de euros por ano (valor de 2007) (idem).

Por último, é de sinalizar que se assiste a um afastamento crescente das Equipas Regionais de Apoio (ERA) relativamente às suas funções de provedoria das iniciativas dos profissionais. Apesar das diferentes representatividades regionais, estas estruturas têm vindo a tornar-se progressivamente mais identificadas com as ARS e menos com equipas de missão (GCRCS, 2010).

<sup>11</sup> Associação Portuguesa de Economia da Saúde (2006). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental.

### **2.1.2 - A Constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde – 2007-2009**

O Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009) afirma que, em 2008, continuava-se a assistir à expansão das USF, ao mesmo tempo que se entrava no limiar de uma nova fase da reforma de 2005 dos CSP. Esta centrava-se na reconfiguração e autonomia dos CS<sup>12</sup>, com a criação dos ACES. Segundo MCSP (2006a) esta reconfiguração assenta nos conhecimentos adquiridos e consolidados sobre os CS, ao longo da sua existência de 34 anos (1971-2005).

Entende-se por ACES as unidades de gestão, compostas por um ou mais CS, integrados nas ARS, I.P. (Institutos Públicos) ou em ULS, E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de CSP, bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários e outros níveis de cuidados (Pisco, 2007).

A estrutura organizacional dos ACES assenta em pequenas unidades operacionais (artigo 10º do Decreto-Lei nº157/99, de 10 de Maio), entre elas as USF, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), as UCC<sup>13</sup> e os Serviços de Saúde Pública Locais<sup>14</sup> (SSPL) (MCSP, 2006a), operacionalizados nas USP. Têm ainda duas áreas de gestão, a Direcção Executiva e a Governação Clínica.

A nova figura dos CS fomenta melhores soluções organizativas e gestionárias, exigidas com competência técnica, autonomia e responsabilização, pela utilização efectiva e eficiente dos recursos (Biscaia *et al*, 2008). Procuram-se as vantagens da descentralização.

A reconfiguração dos CS tem como objectivo principal dotá-los dum enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade. Esta

<sup>12</sup> Os CS têm por objectivo “*responder às necessidades de saúde da sua população, incluindo promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, através do planeamento e prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade*” (Simões & Barros, 2007).

<sup>13</sup> A UCC tem uma actuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde (Pisco, 2007).

<sup>14</sup> A nível local, a actuação específica dos SSP deverá ser sustentada pelo reforço do exercício em áreas como a identificação de necessidades de saúde, a monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, a avaliação do impacto sobre a saúde das várias intervenções, a investigação e vigilância epidemiológicas, bem como a gestão e supervisão técnica de programas e projectos de intervenção no âmbito da promoção e protecção de saúde da população (MCSP, 2006a).

reorganização permite instituir recursos especializados a uma escala superior, com ganhos na utilização de recursos escassos que se encontravam espartilhados, em prol da realização de novos investimentos em estruturas, recursos humanos e/ou sistemas de apoio. Assiste-se ainda a outra vantagem que é o facto de os ACES trabalharem sobre uma base populacional alargada, tornando-se possível estudar a incidência de patologias na população, com confiança estatística e dessa forma fazer uma boa gestão previsional.

Os critérios para a constituição dos ACES são o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos actuais CS. Esse agrupamento deve obedecer, em regra, a um critério populacional que corresponde a um número de pessoas residentes entre 50.000 e 200.000, complementado por um conjunto de variáveis: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares; divisão administrativa do território e NUT III<sup>15</sup> (Pisco, 2007). Estão previstos para o território de Portugal Continental 74 ACES.

Pisco (2007) apresenta uma estrutura de gestão dos ACES assente em cinco metas que definem o seu âmbito de acção, são elas:

1. Adequar e otimizar os recursos existentes ao nível dos CS introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização, o que permitirá melhorar a qualidade do serviço, reduzir custos, racionalizar recursos e diminuir a burocracia;
2. Introduzir a diferenciação técnica e a governação clínica;
3. Coordenar a actuação das unidades funcionais sem prejuízo do grau de autonomia técnica e assistencial que se pretende que estas unidades tenham;
4. Introduzir a contratualização interna com as diversas unidades funcionais, suportando as unidades mais dinâmicas e promovendo a adopção de boas práticas pelas restantes;

---

<sup>15</sup> As Unidades Territoriais Estatísticas (NUTs) de Portugal designam as sub-regiões estatísticas em que se divide o território português, de acordo com o Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de Maio de 2003. As regiões subdividem-se em sub-regiões estatísticas sem significado administrativo, cujo único objectivo é o de servirem para agrupar municípios contíguos, com problemas e desafios semelhantes, e obter assim dados de conjunto destinados principalmente ao planeamento económico. A divisão em NUTs tem vindo a tornar-se a principal divisão territorial de Portugal, sendo as suas unidades utilizadas para definir as áreas de actuação da maioria dos serviços desconcentrados do Estado, em detrimento dos distritos (INE, 2010). As NUTs são caracterizadas por contêrem uma área geográfica específica, sendo a NUT I de maior área e a NUT III a de menor.



5. Promover, de forma pró-activa, a identificação de necessidades em saúde das comunidades que servem e apresentar propostas de afectação de recursos, visando ganhos de saúde para a população.

Um dos desafios da implementação dos ACES não é o seu fim por si só, mas essencialmente um conjunto de instrumentos como a governação clínica (*back-office*) destinados a assegurar que a prestação de cuidados de saúde funcione bem e com qualidade (*front-office*). É uma organização complexa que se irá desenvolvendo progressivamente, sendo de esperar que necessite, durante esse trajecto, de vários tipos de ajustamentos (GCRCSP, 2009).

Por último, o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010) no seu último relatório – Tempos Decisivos – refere a jeito de balanço que dos 74 ACES previstos, 68<sup>16</sup> foram implementados, sendo que os seus directores executivos foram sujeitos a formação específica, dirigida às competências próprias da sua missão. Esta formação foi, posteriormente, alargada aos responsáveis pela governação clínica.

## **2.2 - Desenvolvimento Organizacional**

As organizações são as unidades sociais dominantes das sociedades complexas das quais fazemos parte. “*Hoje, nascemos em hospitais, alimentamo-nos em restaurantes, trabalhamos em empresas, departamentos públicos, instituições sem fins lucrativos e, quando morremos recorremos à igreja e à agência funerária: tudo organizações que penetram em todos os aspectos da vida contemporânea.*” (Bilhim, 2006:19)

Como refere Óscar Barata (*in* Bilhim, 2006), entende-se por organização como um conjunto articulado de indivíduos que actuam com a propensão de pressionar e moldar ao seu jeito a sua própria estrutura organizativa, idealmente definida segundo uma lógica de custo-benefício, levando-a a funcionar como sistema social. Esta tende a ganhar autonomia por efeito da forma como lhe dão conteúdo os que nela trabalham, evoluindo e redefinindo-se em função da necessidade da sua própria existência e do seu equilíbrio (Bilhim, 2006). Através do estudo destas mesmas estruturas passa-se a conhecer as suas

---

<sup>16</sup> Na sua maioria foram apenas identificados e nomeados os seus corpos dirigentes, que assumiram uma “carta de missão” (GCRCSP, 2010).

mudanças e acções, podendo assim realizar planos de intervenção integradores e de maior sucesso (idem). Este é um dos principais propósitos desta investigação.

O conceito de desenvolvimento organizacional é visto como uma abordagem associada à implementação de uma mudança da própria organização e à sua capacidade adaptativa interna, ou seja, o desenlace do encontro entre várias componente da organização, como seja a cultural, a organizacional e a comportamental, entre outras, e a sua capacidade de articulação perante o sentido de proporcionar crescimento e evolução à própria organização (Bellini *et al*, 2004). Conhece-se a caracterização e a evolução de uma estrutura através do desenvolvimento organizacional.

Segundo Bilhim (2006) vários são os pressupostos básicos que caracterizam o desenvolvimento organizacional, entre eles: a coesão da cultura organizacional<sup>17</sup>; a necessidade de contínua adaptação e mudança; o alcance de objectivos individuais e organizacionais; a interacção entre a organização e a envolvente; e a interacção do individuo com a organização.

O processo de análise do desenvolvimento organizacional passa essencialmente por três fases: compilação de dados sobre as estratégias e acções da organização; seguida e articulada com a interpretação e diagnóstico organizacional; e por fim o planeamento de novas acções de intervenção (Bilhim, 2006). Este ocorre num sentido abrangente e transversal a qualquer organização, seja ela de vínculo industrial, comercial ou social.

Tendo por alvo estudar um fenómeno de mudança organizacional que origina novas estruturas funcionais, o recurso à caracterização do desenvolvimento organizacional das estruturas é o caminho de resposta que é mais congruente com a realidade do fenómeno e com o objectivo que se pretende.

No contexto das estruturas funcionais dos CSP existem características específicas e coerentes com as suas particularidades. Caracterizar o desenvolvimento organizacional de uma das suas unidades funcionais (sendo no presente estudo as USF) é visto como uma técnica de resposta uma vez que estes parâmetros projectam os efeitos de uma mudança proveniente de uma Reforma.

---

<sup>17</sup> “A cultura, aqui, significa os pressupostos básicos em que se baseiam as normas, os valores e as crenças que enformam (normalizam), o comportamento das pessoas na organização”. (Bilhim, 2006:429)

Atendendo ao facto das USF serem consideradas a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (MS, 2004), com o seu estudo cumpre-se uma das fases do processo de crescimento de uma política de governação, nomeadamente monitorização do desempenho operacional e avaliação da estratégia organizacional (Department of Health World Class Commissioning Team, 2008).

### **2.3 - Parâmetros de Caracterização das Unidades de Saúde Familiar**

Falar de caracterização no âmbito das USF requer que os valores e indicadores intrínsecos à sua própria estrutura (organizacionais, tecnológicos, culturais, físicos, humanos...) sejam o modo de partida na definição dos parâmetros de análise e na descrição da sua *maturação* organizacional.

Um dos resultados consequentes da mudança organizacional dos CSP é a necessidade premente das USF estabelecerem uma articulação consciente e estruturada com os restantes actores deste contexto. Esta consequência é traduzida num **manual de articulação**, onde os procedimentos e as parcerias entre USF e outras unidades e organismos são descritas e fundamentadas. A elaboração do manual de articulação surge pela necessidade de compatibilizar a criação das USF como estruturas prestadoras de cuidados de saúde com autonomia organizativa, funcional e técnica, com a intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES. (ARS Norte, 2009)

As USF dispõem de um compromisso assistencial expresso num plano acção que tem por objectivo o desenvolvimento de áreas como eficiência, efectividade, adequação, acessibilidade e **qualidade**. Possuem ainda de outros instrumentos próprios de contratualização, gestão, monitorização e avaliação, designadamente: o *plano de contratualização*<sup>18</sup>, o regulamento interno<sup>19</sup> e o **manual de boas-práticas**<sup>20</sup> (D.L. n.º 298/2007).

---

<sup>18</sup> É definido uma carta de compromisso assente na sustentabilidade do sistema, através de um acordo que reflecte um sistema retributivo misto de incentivos individuais e de grupo; a carteira de serviços básicos e adicionais; o acordo inter-substituição para 12 horas de atendimento; o sistema de informação e gestão de controlo e monitorização; e o plano de desenvolvimento de competências e formação (D.L. n.º 298/2007).

<sup>19</sup> Consagra a missão, valores e visão, e a estrutura orgânica e respectivo funcionamento (D.L. n.º 298/2007).

<sup>20</sup> A identificação de boas práticas na prestação de cuidados tem como propósito obter a racionalização dos investimentos e ganhos na prestação de cuidados de saúde de qualidade. (USF-AN, 2010)

Como legislado no regime jurídico de organização e funcionamento das USF, é obrigatório a monitorização e avaliação de resultados, distinguindo as diferenças de desempenho, através de valores de referência: em painéis de indicadores, nas economias de custos, nos níveis de **satisfação dos cidadãos e dos profissionais**, bem como na implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação. Esta monitorização está em parte assente em indicadores de desempenho referentes a áreas específicas (disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação), em que os seus resultados têm influência directa sobre: ganhos em saúde de qualidade, o sistema retributivo dos profissionais e da instituição, o plano de **qualificação profissional**, as **tecnologias de informação e comunicação**, e os recursos físicos e humanos das USF (MCSP, 2006b). É de mencionar que estes recursos são agregados no conceito das **condições técnicas**<sup>21</sup> para o exercício da actividade profissional (Ordem dos Médicos, 2004). São inerentes à estrutura organizacional das USF, uma vez que se espera que as instalações e equipamentos disponibilizados às USF cumpram as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade na prestação de cuidados (D.L. n.º 298/2007), e que a força de trabalho seja adequada às necessidades existentes.

A satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente de satisfação dos cidadãos utilizadores e de satisfação dos profissionais, é uma área complexa e de difícil análise mas, ao mesmo tempo, incontornável devido à sua importância estratégica no desenvolvimento organizacional (Santos *et al*, 2007). A satisfação dos utilizadores está directamente relacionada com os resultados dos cuidados de saúde, influenciando muitos comportamentos de doença e de saúde. Mais especificamente, sabe-se que a satisfação dos utentes está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efectividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde. (idem)

Por outro lado, numa visão integradora, a satisfação no trabalho surge em estreita relação com a motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho no trabalho e, portanto, sendo determinante para o desenvolvimento sustentado dos cuidados de saúde e do desenvolvimento organizacional da organização. A satisfação no trabalho

---

<sup>21</sup> Segundo o “Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o exercício da Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo” (Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, 2004) o conceito condições técnica abrange vários parâmetros de caracterização organizacional, entre eles os recursos físicos e humanos.

nos serviços de saúde é considerada um elemento estrutural destes e está associada à sua qualidade e resultados, que estão relacionados com a satisfação dos cidadãos que utilizam os serviços prestados. (Santos *et al*, 2007)

Estes dois conceitos estão, segundo Santos *et al* (2007), interligados, influenciando-se mutuamente e, em última análise, afectando todo o funcionamento de um sistema de saúde. Consequentemente, a melhoria contínua dos CSP deve ter em conta não apenas a satisfação dos seus clientes/utentes, mas também a satisfação no trabalho. A análise conjunta da satisfação do utente, da perspectiva do profissional de saúde quanto ao que constitui um serviço de qualidade, assim como da satisfação do profissional de saúde com o seu trabalho enquanto tal, permite um entendimento mais aprofundado dos processos de melhoria dos cuidados de saúde.

Em sùmula, temos como parâmetros de caracterização das USF duas áreas principais que se complementam, a satisfação e o desenvolvimento organizacional, traduzidas em oito itens. Destaca-se assim para parâmetros de referência directa e basilar à caracterização das USF, e consequente desenvolvimento organizacional:

- a qualidade;
- a formação profissional;
- o sistema de informação e comunicação, e aplicações informáticas;
- a articulação com as unidades parceiras (manual de articulação);
- o processo de contratualização;
- as condições técnicas (recursos físicos e humanos); e
- e a satisfação – do cidadão com os serviços e a dos profissionais de saúde no seu trabalho.

São ainda elementos identificativos na caracterização das USF a **ARS a que pertencem**, o tipo de **modelo** em que operam e o número de **anos de actividade**. Estes parâmetros são referentes às características de identificação das USF tendo em consideração que a caracterização das USF sofre influência das suas condições territoriais, temporais e estruturais.

A descrição de todos estes parâmetros projecta uma fotografia ajustada ao momento actual da evolução da Reforma de 2005 dos CSP [Figura 4]. A opção deste conjunto de parâmetros teve por base dois contributos: a literatura de referência e os consultores temáticos como conhecedores profundos da realidade do contexto. [ver capítulo: considerações éticas e legais e conflito de interesses]

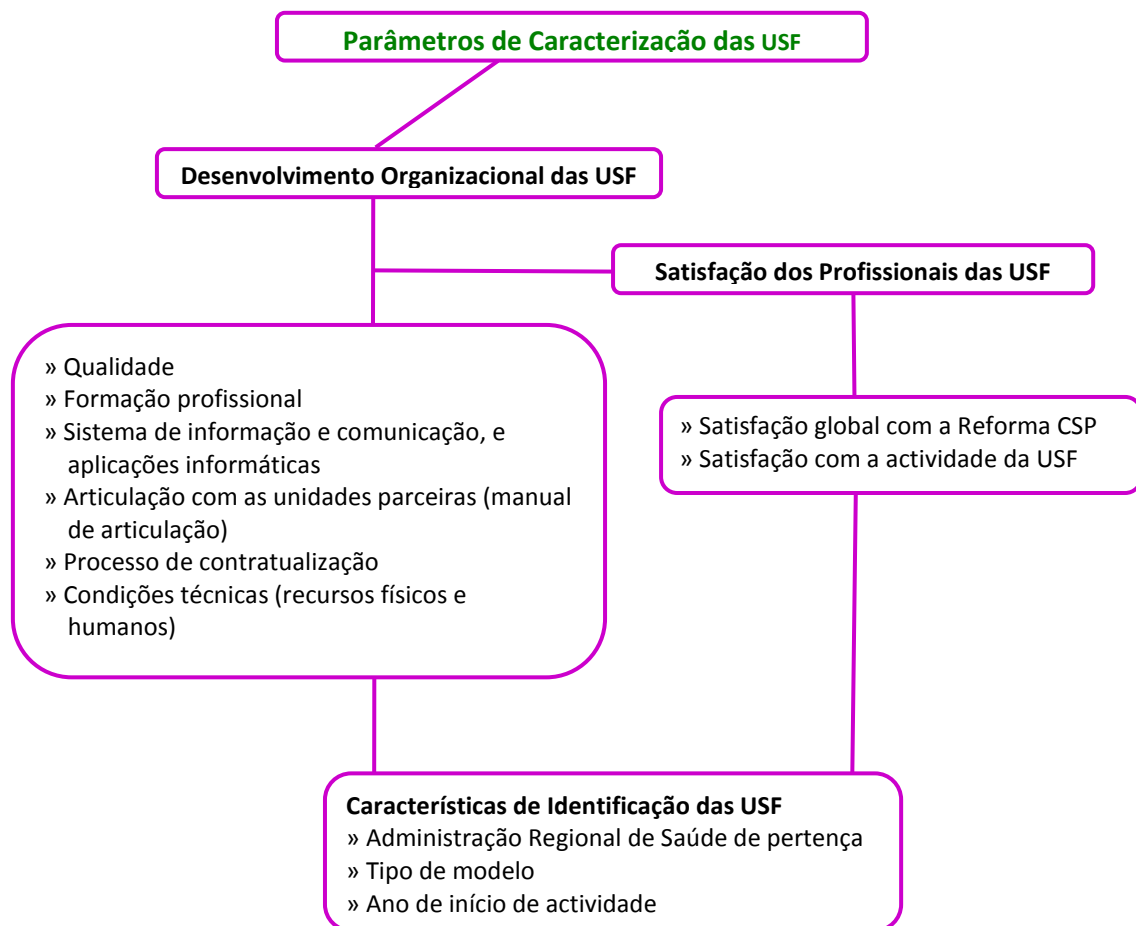


Figura 4: Parâmetros de caracterização das USF

### **3 - CONSTRUINDO EVIDÊNCIA**

*“Seja qual for a perspectiva ou as prioridades que se adoptemos para a saúde pública, existe um aspecto que assume hoje uma grande importância. Este é o domínio do conhecimento e da evidência. Só a evidência científica relevante pode assegurar acção com sucesso.”*

(Marc Danzon, in Sakellarides, 2006:8)

#### **3.1 - Problemática da Investigação e Finalidade**

Em Portugal as reformas nos CSP espelham uma resposta do sistema de serviços de saúde à evolução da sociedade, centrando-se nas necessidades da população e acompanhando a conjuntura internacional (Biscaia *et al*, 2008).

Esta investigação incide na problemática da implementação das directrizes políticas e princípios subjacentes ao processo de Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, nomeadamente no modo como esta se reflecte no actual desenvolvimento organizacional das USF.

Esta problemática, à semelhança do que ocorre noutros países, está associada aos condicionalismos do sistema de saúde, como seja a sua complexidade e dificuldade de mudança. No entanto, é um processo necessário se o propósito for construir um novo paradigma e por consequência reformar os cuidados de saúde.

O paradigma instalado com a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal implica uma mudança de visão estratégica dos CSP, uma vez que utiliza uma combinação de abordagens vertical e horizontal, por forma a construir um sistema de saúde integrado (Lawn *et al*, 2008). Nesta tipologia de cobertura, integrada e equitativa, o planeamento de uma prestação de CSP requer um conjunto de parâmetros:

- uma consistência política e um compromisso financeiro;
- uma implementação progressiva baseada na epidemiologia local;
- uma utilização de dados concretos para as prioridades e avaliação dos seus progressos; e
- uma eficaz articulação com a comunidade e outros sectores.

Porém, no momento actual é desconhecido o efeito dessas mudanças (integradas na Reforma dos CSP) no desenvolvimento organizacional de uma das suas unidades funcionais mais basilares e inovadoras – as USF.

Sabe-se que um dos aspectos mais preocupantes dos CSP, em termos globais, é a fraca participação comunitária e a fragilidade dos acordos intersectoriais (Lawn *et al*, 2008). O importante é que um processo de mudança seja acompanhado de uma crescente lista de prioridades, onde o planeamento dos recursos humanos e o investimento na formação e supervisão sejam um dos pontos fulcrais (*idem*). Cabe agora verificar esse balanço entre o esperado e o real no momento actual da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Pisco, em 2008, reforça a ideia de que em Portugal um dos grandes desafios para as políticas de saúde dos CSP, não só no presente como também no futuro, são os condicionalismos das soluções a adoptar para dar resposta: à mudança demográfica (envelhecimento populacional), ao desenvolvimento tecnológico, à complexidade dos cuidados de saúde, à crescente expectativa dos cidadãos e aos compromissos financeiro. Neste sentido, sai reforçada a necessidade de estudar as medidas de implementação da Reforma de 2005 dos CSP, utilizando para tal os elementos privilegiados de todo este processo de mudança, as USF e a avaliação dos seus coordenadores.

A Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)<sup>22</sup> considera que a actual situação das USF promove valores basilares como a autonomia, responsabilidade, auto-regulação, qualidade e eficiência, mas também considera que têm crescido factores de preocupação e de improbabilidade de sucesso da reforma (Vilas Boas, 2010). Segundo Bernardo Vilas Boas (Presidente da Direcção da USF-AN à data deste estudo) ao longo do ano de 2009 houve um relevante crescimento quantitativo de USF. Contudo este aumento não aconteceu ao nível dos recursos, das estruturas e funções de acompanhamento, do desenvolvimento e formação, nem ao nível de um “*sistema de qualidade*” e acreditação.

Acompanhando uma visão de reflexão e progressão, o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários intitula o seu último relatório de “tempos decisivos” (Fevereiro, 2010), justificando-se pelas sinergias necessárias a toda e qualquer

---

<sup>22</sup> Associação de âmbito nacional, sem fins lucrativos. Tem como objectivo “*promover o intercâmbio, o desenvolvimento e a valorização (...) [dos] profissionais que integram as unidades de saúde familiar, no contexto das equipas multiprofissionais*” artigo 2º dos estatutos da USF-AN.



reforma que se prolonga no tempo e que envolve momentos de exaltação, períodos difíceis e tomadas de decisão. Este grupo defende que apesar do seu *acontecimento extraordinário* (no contexto daquilo que tem sido as políticas sociais de Portugal), “*à medida que a reforma progride e se aproxima daquilo que são os alicerces mais imperfeitos do sistema de saúde português, as dificuldades têm aumentado e torna-se mais difícil superá-las*” (GCRCSP, 2010:2). Desse modo, afirmam que é necessário “*re-oxigenar*” o processo de mudança e as relações entre seus principais actores, dando saltos qualitativos na efectividade dos dispositivos que o enquadram, o motivam e o conduzem (GCRCSP, 2010). Apontam ainda para a necessidade de existir um novo modelo de governança para Reforma dos CSP.

Em suma, o sucesso da Reforma de 2005 dos CSP passa em grande parte pelo tipo de suporte e acompanhamento dado às estruturas funcionais da mesma e pela formação/capacitação dos profissionais de saúde nela envolvidos. Em consequência, esta influência produz nas USF um efeito evolutivo, em que mais facilmente alcançarão a estrutura e maturidade organizativa necessárias para o seu desenvolvimento e, por sua vez, para o sucesso da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal. Tornava-se, portanto e neste momento, útil realizar um balanço da envolvimento e evolução de todo o processo, estudando a *maturação* organizacional das USF. Os resultados esperados de uma análise deste tipo reflectirão:

- a realidade dos resultados da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal no desenvolvimento das estruturas de prestação de cuidados de saúde;
- o diagnóstico das necessidades do processo de mudança a decorrer; e
- a consequente promoção de uma oferta de serviços de saúde de qualidade

Em Janeiro de 2010, deu-se início à presente investigação sobre a caracterização das USF na perspectiva dos seus coordenadores, como forma de conhecer o estado actual da implementação da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Surtem assim as **questões de investigação**:

- Qual a satisfação sentida pelos profissionais de saúde em relação ao desenvolvimento das USF e por sua vez ao da Reforma de 2005 dos CSP?
- Que instrumentos as USF utilizam para desenvolver as estratégias de acção preconizadas pela Reforma de 2005 dos CSP?
- Quais as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde como fundamentais para o sucesso do desenvolvimento organizacional da sua USF?
- Qual a articulação existente entre as USF e as restantes unidades envolvidas na Reforma de 2005 dos CSP?
- De que forma o desenvolvimento organizacional das USF tem respondido à mudança das políticas dos CSP?

Este estudo tem como **Finalidade** contribuir para o planeamento da monitorização e do apoio à evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, através da caracterização das USF.

### **3.2 - Objectivos da Investigação**

A presente investigação tem por **Objectivo Geral** caracterizar as USF quanto ao seu desenvolvimento organizacional e à opinião e satisfação dos seus profissionais em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Em seguimento, os **Objectivos Específicos** são:

1. **Medir a satisfação** dos profissionais de saúde das USF em relação à **Reforma** de 2005 dos CSP em Portugal e à **actividade** da sua USF;
2. **Identificar os parâmetros de qualidade** da actividade das USF reconhecidos como importantes pelos coordenadores das USF;
3. **Identificar as necessidades de formação** dos profissionais das USF;
4. **Descrever os instrumentos de apoio à gestão** utilizados pelas USF;

5. **Conhecer a opinião** dos coordenadores das USF sobre o **processo de contratualização** da actividade destas com as Administrações Regionais de Saúde;
6. **Medir a satisfação** dos coordenadores das USF em relação às **condições técnicas** para a actividade das USF;
7. **Identificar as áreas prioritárias de mudança** na actividade das USF na perspectiva dos seus coordenadores.

### **3.3 - Quadro de Referência da Investigação**

De uma forma geral, o quadro de referência é “*uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo*” (Fortin, 2003:93). Envolve as bases teóricas ou conceptuais da investigação, nas quais ordena os conceitos entre si, de forma a descrever as relações entre eles (idem). Este é o valor subjacente na figura que se segue [Figura 6] [].

Pretende-se com esta representação esquematizar o contexto em que decorreu a presente investigação. É no âmbito da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal que surge uma nova organização dos CSP, tanto ao nível de estruturas de gestão como de prestação de cuidados e serviços. Estas são agrupadas em diferentes níveis de decisão, em que se abrange o cidadão, as associações profissionais e as unidades funcionais, assim como os organismos de administração local, regional e central. É nesta rede de inter-relações e articulação que as USF se destacam. A sua criação foi a primeira estratégia de acção a ser implementada neste contexto, reconhecendo-se-lhes um estatuto preferencial para o estudo da evolução da Reforma de 2005 dos CSP. Para tal, foram estudadas áreas de actuação e de interface das USF, referentes à sua articulação com as várias entidades, a um nível estratégico e de gestão e planeamento, como também a um nível interno, nomeadamente pela análise de parâmetros de caracterização organizacional.

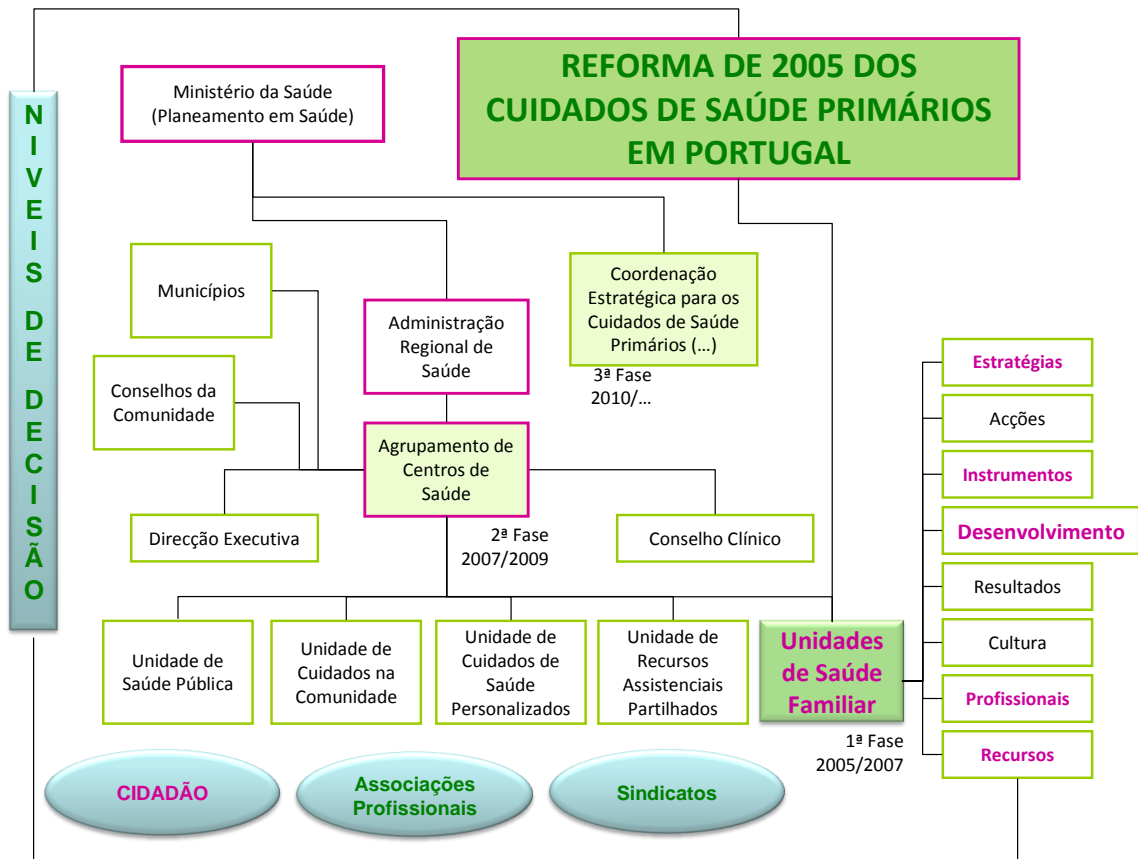


Figura 5: Quadro de referência da investigação I

Desta rede de influências a presente investigação abrangeu as conexões consideradas mais relevantes para este estudo. A opção recaiu em parâmetros associados ao desenvolvimento organizacional, destacando-se sobre o estudo: da relevância da **qualidade** no desempenho da actividade da USF; da identificação de **sistemas de informação e comunicação** viáveis aos objectivos da actividade da USF; das necessidades de **formação** dos seus profissionais de saúde; da opinião sobre o processo de **contratualização** da actividade com a ARS; da **articulação** entre a USF e as restantes unidades parceiras; das **condições técnicas** à prática da actividade do profissional da USF; da **satisfação do cidadão** com a prestação de cuidados, como também da **satisfação do profissional** no trabalho e para com o desempenho da sua USF e Reforma de 2005 dos CSP. [Figura 6]



## **4 - POPULAÇÃO E MÉTODOS**

*“Neste enunciado existe mais do que uma teoria, existe uma metodologia prática, uma disciplina de transformação, que nos é apresentada para que aprendamos a comunicar em consciência, exigindo de todos nós vigilância e determinação”.*

(Yvan Amar, in Salomé, 2007:10)

Um processo de investigação comporta três grandes fases: a conceptual (anteriormente descrita); a metodológica (descrita de seguida); e a empírica (os resultados e a sua discussão apresentados a seguir ao presente capítulo).

Tendo como finalidade assegurar a qualidade dos resultados do estudo, é importante especificar qual o método de investigação utilizado. Tal como Marconi e Lakatos (2007) defendem, esta selecção está directamente associada à problemática a ser estudada, onde a escolha dependerá de factores relacionados com a pesquisa.

### **4.1 - Caracterização do Estudo**

Este estudo baseia-se numa abordagem **quantitativa**, uma vez que *“é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (...), baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”* (Fortin, 2003:22) – procura-se a descrição do momento actual da Reforma de 2005 dos CSP, no ponto de vista dos que vivem essa experiência (profissionais de saúde das USF com a função de coordenação das USF), nomeadamente, caracterizar as USF na vertente do seu desenvolvimento organizacional e da satisfação dos seus profissionais. Pretende-se contribuir para o *“desenvolvimento e a validação dos acontecimentos”*, permitindo a generalização dos resultados e consequentemente predizendo e controlando os acontecimentos (idem).

Este estudo caracteriza-se como: **observacional**, porque não existe qualquer intervenção experimental do investigador, limitando-se a observar e analisar a caracterização das USF; **descritivo**, atendendo que estuda, descreve o padrão de ocorrência das variáveis caracterizadoras das USF; e **transversal**, na medida que visa recolher informação relativa ao momento exacto da recolha de dados, num único instante de tempo (Fortin, 2003) - 2010.

## **4.2 - População e Caracterização dos Participantes**

Ao definir população/**universo populacional**, Marconi e Lakatos (2007) descrevem-no como sendo um conjunto de indivíduos que apresentam pelos menos uma característica comum. Assim, o universo populacional desta investigação é referente a todos os indivíduos cuja função é a de **coordenação de USF** em actividade no território de Portugal Continental (N=230, 8 Fevereiro 2010, MCSP, 2010).

Tendo em consideração que é importante que os indivíduos seleccionados sejam capazes de testemunhar a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador (Fortin, 2003), a escolha dos participantes foi realizada por meio de **critérios de selecção**, em prol do sucesso e concretização dos objectivos estruturados para a investigação (idem). Desse modo, neste estudo foram definidos como critérios de inclusão a obrigatoriedade dos participantes do estudo serem profissionais de saúde das USF em actividade, acumulando funções de coordenação de uma USF e que, de forma voluntária, quisessem colaborar nesta investigação.

Atendendo a que a população em estudo abrange a totalidade dos componentes do universo, não é aplicado um processo de amostragem, sendo classificado como um **estudo censitário** (Marconi & Lakatos, 2007).

Foi enviado, via correio electrónico, a todos os 230 coordenadores de USF em actividade à data do início da recolha dos dados, um pedido de colaboração, a solicitar a participação no estudo sobre a caracterização da USF de pertença. Destes 230 *e-mails*, oito resultaram em erro de entrega, tendo sido efectivamente contactados 222 coordenadores de USF.

## **4.3 - Técnicas de Recolha de Dados**

Tendo como referência as diferentes etapas de planeamento de uma investigação, após a determinação da população de interesse para o estudo, segue-se como chegar até ela (Flick, 2005). Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém, descrever as técnicas seleccionadas e a aplicação dos instrumentos elaborados (Marconi & Lakatos, 2007).

No presente estudo as técnicas de pesquisa recaíram sobre a **observação directa extensiva** (Marconi & Lakatos, 2007). Esta é definida como o levantamento de informação através de um instrumento de recolha de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador – **questionário** de auto-preenchido (Marconi & Lakatos, 2007). Recorreu-se ainda para suporte, do processo de investigação, a uma pesquisa bibliográfica temática de fontes secundárias contemporâneas e retrospectivas, como sejam relatórios de acompanhamento dos CSP; estudos sobre a satisfação dos profissionais de saúde dos CSP e dos cidadãos; literatura sobre a temática dos CSP e o desenvolvimento organizacional; e escritos de imprensa.

Para Fortin (2003), o questionário comporta diferentes níveis de estruturação, que podem ir desde de questões de resposta fechada, em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis, até a questões de resposta aberta, que pedem respostas escritas por parte dos participantes. Flick (2005) define como semi-estruturado um instrumento de recolha de dados, tipo questionário, em que no guião são incorporadas questões de resposta fechada e de resposta aberta. No contexto desta investigação, a opção incidu na elaboração e aplicação de um **questionário semi-estruturado aos coordenadores das USF em actividade** [anexo nº 2]. Este foi acompanhado por um texto de cobertura onde se incentivava o participante a colaborar no estudo, se justifica o seu objectivo, assim como se assegura o anonimato dos dados e o carácter voluntário da participação, solicitando o consentimento para a inclusão no estudo (Hill & Hill, 2005). A título de reforço, os mesmos autores afirmam que em questionários anónimos, como é este o caso, os participantes tendem a responder mais sinceramente e a escolher opções que traduzem verdadeiramente as suas opiniões.

Sendo o questionário um instrumento de medida que traduz os objectivos do estudo com variáveis mensuráveis (Fortin, 2003), a sua elaboração requereu o cumprimento de normas precisas a fim de aumentar a sua eficácia (Marconi & Lakatos, 2007). Para a sua organização teve-se em conta o tipo, a ordenação e a formulação das perguntas (idem) de acordo com os oito parâmetros de caracterização das USF. A ausência de uma caracterização sócio-profissional-demográfica dos coordenadores deveu-se ao facto de se querer salvaguardar o anonimato do participante, uma vez que em certas ARS o número reduzido de USF facilita a possibilidade de existir uma correspondência de pessoa a dados.



O tipo de variável contemplada no questionário aplicado está dependente da pergunta efectuada, classificando-se como qualitativa quando utiliza uma escala de medição ordinal ou nominal, ou quantitativa nas escalas de medição rácio/intervalar (Hill & Hill, 2005). Foram, ainda, incluídas questões de resposta aberta, sendo as respostas sujeitas à análise de conteúdo. Introduziu-se a opção de resposta “não responde” para salvaguardar situações em que o participante não tinha conhecimento ou não queria responder relativamente ao parâmetro exposto. (idem)

O processo de construção deste questionário passou progressivamente por diferentes fases. Após uma estrutura base apoiada na revisão da literatura específica, utilizaram-se duas fontes de contributos e validação:

1) Solicitou-se a consultores temáticos propostas de questões alinhadas com as necessidades de conhecimento das problemáticas abordadas, através de uma parceria com a USF-AN;

2) Recorreu-se a peritos técnicos na construção de questionários de modo a assegurar a construção de um questionário de acordo com as boas práticas.

O acesso dos questionários aos participantes foi efectuado via *web*, entre os dias 18 de Janeiro e 13 de Fevereiro de 2010, através da utilização da ferramenta *Google Form*<sup>23</sup>. Esta foi utilizada tanto para a aplicação/distribuição do questionário como também para a constituição de códigos de acesso unipessoal, preservando o anonimato dos dados.

Anterior à sua aplicação o questionário foi submetido a um **pré-teste** (Hill & Hill, 2005), com o propósito de avaliar a qualidade do instrumento de medida. Considerando que o pré-teste deverá ser aplicado em populações com características semelhantes às da investigação e sendo suficiente uma mensuração entre 5% a 10% do tamanho da amostra (Marconi & Lakatos, 2007), de 10 a 14 de Janeiro de 2010 recorreu-se a 10 profissionais de saúde das USF, que não exerciam funções de coordenação mas que pertenciam aos Conselhos Técnicos das USF, para o preenchimento do questionário. Este processo de aplicação do pré-teste foi efectuado nos mesmos moldes do questionário, sendo também testada a utilização da ferramenta *Google Form*. De realçar que o texto de cobertura, foi

---

<sup>23</sup> “Google recently released a revolutionary gem into its increasingly robust Google Docs platform - *Google Forms*: a flexible form and survey development interface with built-in reporting” (<http://www.matssilverman.com/2008/10/introduction-to-google-forms.html>). Ferramenta da plataforma *Google Docs* que permite elaborar formulários *online*, sem custos adicionais e, em caso de necessidade, sem identificação dos participantes.

alterado para o seu carácter de fase de pré-teste. Deste pré-teste resultaram sugestões de alterações de semântica e ordem por três dos dez inquiridos.

Para que todo este processo de recolha de dados ocorresse com o sucesso pretendido, foi essencial constituir uma parceria entre o investigador e a USF-AN, em prol de interesses comuns. Propôs-se à USF-AN que fosse a promotora do processo de recolha de dados (uma vez que tem acesso directo aos participantes) e consulta de peritos temáticos. Como compromisso final, será cedido à USF-AN um relatório final onde constem as principais conclusões da investigação. [ver capítulo: considerações éticas e legais e conflito de interesses]

#### **4.4 - Análise dos Dados**

A partir do momento em que está decidido o tipo de estudo, os objectivos e consequentes variáveis, assim como a população em estudo, já se dispõe de elementos suficientes para reflectir sobre o conjunto de análise e interpretação de dados que darão resposta às questões de investigação levantadas no estudo (Aguiar, 2007). Segundo Marconi e Lakatos (2007) a análise é a tentativa de evidenciar relações existentes entre o fenómeno estudado e outros factores; e a interpretação é a exposição do verdadeiro significado do material recolhido, em relação aos objectivos proposto e temática em estudo. Reconhece-se que são duas actividades distintas, mas estreitamente relacionadas no processo de investigação (idem).

Segundo Fortin (2003), a análise de dados de qualquer estudo que comporte variáveis de medida numérica ou não numérica, deverá recorrer a um tratamento descritivo e analítico relativo às variáveis contempladas na investigação (parâmetros de caracterização das USF), como forma de caracterizar o universo populacional e as possíveis associações/relações entre variáveis.

Atendendo ao tipo de investigação e as particulares características metodológicas definidas anteriormente, utilizou-se neste estudo, como estratégia de análise de dados:

- a **análise de conteúdo** aos dados recolhidos através das perguntas de resposta aberta do questionário aplicado [anexo nº 2], uma vez que este processo é considerado como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição sobre conteúdos (Bardin, 2008). Esta técnica foi utilizada segundo um processo de etapas sequenciais, iniciada pela organização da

análise, seguida da codificação, categorização e inferência. Para tal, recorreu-se à análise categorial de tipo temático, que “*funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos*” (Bardin, 2008:199). O critério de categorização foi semântico, denominado por categorias temáticas;

- e a **análise estatística** aos dados recolhidos através das perguntas de resposta fechada do questionário aplicado [anexo nº 2].

Nesta investigação foi elaborado um quadro sinóptico onde se fez corresponder os objectivos propostos para este estudo, com a pergunta correspondente e sua escala de medição [anexo nº 3], permitindo posteriormente uma análise de resultados por meio de técnicas estatísticas (Hill & Hill, 2005).

Para efeito de análise de dados utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®, versão 17.0) para Windows®, recorrendo-se à análise estatística descritiva com: o cálculo de distribuições de frequências e percentagens nas escalas de variáveis nominais e ordinais; e o cálculo de medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude de variação com máximo e mínimo, coeficiente de variação) nas escalas de variáveis numéricas. Procedeu-se ainda à técnica de análise factorial multivariada, dividida em dois grupos: um com as variáveis associadas à caracterização do desenvolvimento organizacional da USF; e outro relacionado com a satisfação dos profissionais com a Reforma dos CSP e a actividade da sua USF. Porém os resultados obtidos foram não conclusivos [anexo nº 4], optando-se pela utilização da análise descritiva como técnica de análise de dados principal nesta investigação.

Tendo em consideração que a caracterização das USF reflecte a influência das suas condições territoriais, temporais e estruturais, cada factor de análise foi cruzado tendo por base quatro condicionantes: os resultados totais/gerais, os resultados obtidos por ARS de pertença da USF (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo ou Algarve); os resultados obtidos por ano de início de actividade/antiguidade da USF (entre 2006-2008 e 2009-2010); e os resultados obtidos por tipologia de modelo da USF (modelo A ou modelo B) [anexo nº 5]. Entende-se por factor de análise os parâmetros de caracterização das USF, nomeadamente: a satisfação, a qualidade, a formação profissional, a articulação com unidades parceiras, os sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas, o processo de contratualização e as condições técnicas (recursos físicos e humanos).

## **4.5 - Operacionalização da Investigação**

O esquema abaixo apresentado [Figura 6] caracteriza toda a envolvimento da investigação. Encontra-se dividido em duas partes, referindo-se a primeira à estrutura do estudo em relação às diferentes fases de investigação e a segunda às especificidades do objecto em estudo. A representação do percurso da investigação caracteriza o desenrolar do seu processo, nomeadamente:

- O contexto da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal;
- A problemática da ausência de evidência científica sobre o desenvolvimento da implementação da Reforma de 2005 dos CSP;
- As dúvidas que deram origem às questões de investigação, como sejam qual o reflexo da Reforma de 2005 nos CSP em Portugal nos seus produtos funcionais, isto é, no desenvolvimento organizacionais das USF, e qual a satisfação associada a este contexto de mudança dos CSP;
- Os objectivos, geral e específicos, do estudo, particularmente a caracterização das USF, na perspectiva dos seus coordenadores, na vertente do desenvolvimento organizacional e da satisfação em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal e ao desempenho das USF, entre outros;
- A metodologia escolhida aquando da concretização desta investigação. Para a recolha de dados foi aplicado um questionário semi-estruturado sobre as diferentes variáveis associadas aos objectivos propostos aos coordenadores de todas as USF em actividade; na análise de resultados foi utilizada a estatística descritiva de percentagens e frequências das variáveis em causa e a análise de conteúdo para os resultados das variáveis que assim o exigiam; na discussão dos dados foram articulado os resultados da análise dos dados com a revisão bibliográfica efectuada sobre a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal;
- A conclusão da investigação, operacionalizada na execução da finalidade do estudo, ou seja na definição de um contributo para o planeamento da monitorização e do apoio à evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

A área caracterizada na zona inferior desta figura retrata a centralidade do objecto de estudo, ou seja as USF, na perspectiva dos seus coordenadores, em relação aos parâmetros de caracterização das mesmas. O desenvolvimento organizacional das USF e a satisfação dos seus profissionais reflectem informação sobre a implementação da Reforma de 2005 nos CSP. Neste contexto foram introduzidas variáveis de identificação das USF tendo em consideração que a caracterização das USF sofre influência das suas condições territoriais, temporais e estruturais. Fala-se da ARS de pertença da USF, da antiguidade da USF e da tipologia de modelo da USF. A caracterização da USF é expressa pelo seu contexto próprio e pela análise destes diferentes parâmetros (variáveis do estudo).

Nesta investigação recorreu-se a informadores-chave, sendo os sujeitos do estudo os coordenadores das USF<sup>24</sup>. Esta opção deveu-se ao facto destes elementos possuírem características únicas - um conhecimento sistémico e, simultaneamente, um conhecimento da realidade micro (do terreno e do dia-a-dia da actividade) já que exercem funções como coordenadores do funcionamento da unidade, assim como de médicos de família nas mesmas.

---

<sup>24</sup>São médicos integrantes da unidade que em simultâneo desempenham funções de gestão e coordenação (tendo um acréscimo de vencimentos por este desempenho), sendo eleitos pelos restantes membros da sua USF.

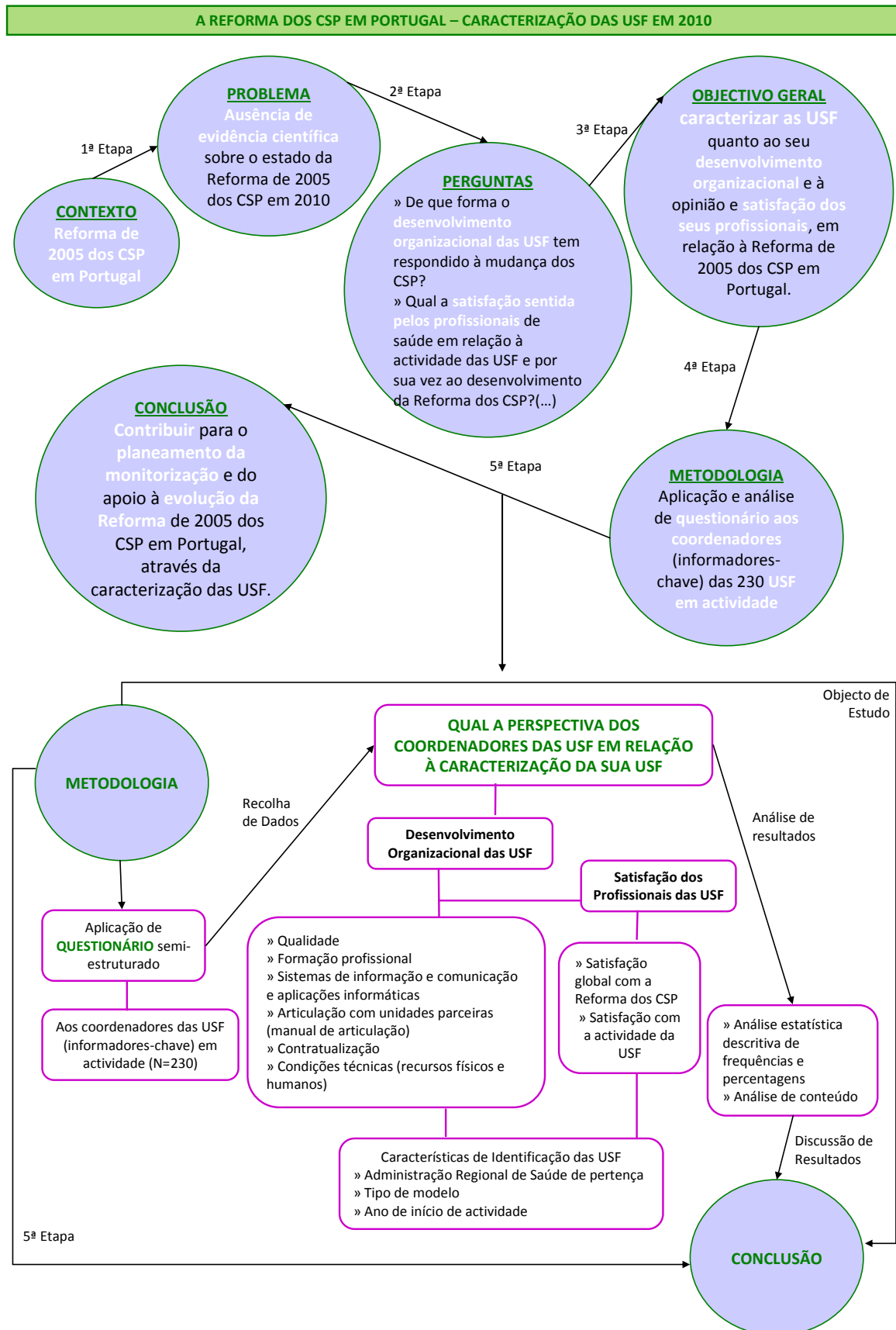


Figura 7: Esquema representativo da investigação

## **5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS E CONFLITO DE INTERESSES**

*“A perspectiva ética é a da globalidade da pessoa – sujeito, em ordem ao Bem – Bem Maior”.*

(Vasco Pinto de Magalhães, 2001:23)

Para este estudo delineou-se uma estratégia de recolha de dados em que foi salvaguardado o anonimato dos dados recolhidos para evitar qualquer constrangimento na expressão de opinião por parte dos participantes no estudo. Aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados – questionário (via *web*, recorrendo à ferramenta *Google Form*), cada participante, como primeiro passo, criou um código alfanumérico, de conhecimento exclusivo do próprio, que serviu de palavra-passe para o preenchimento do questionário. Desse modo na base de dados apenas ficaram registadas as respostas dadas e o código, sendo impossível ao investigador associar esse código a algum participante.

Um dos factores determinantes para a realização deste estudo foi a constituição de uma parceria com a USF-AN, com o propósito desta funcionar como instituição promotora da investigação. Este facto permitiu assegurar o acesso aos participantes do estudo, tornando-o concretizável, uma vez que algumas das suas fases de implementação dependeram directamente dessa partilha de informação. Nesta estão incluídas as etapas associadas à construção do questionário e da sua aplicação, tal como o acesso aos participantes do pré-teste e sua aplicação. Desse modo, um dos primeiros passos que foi tido em conta foi a formalização desta parceria.

Segundo Thompson o conflito de interesses *“é um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário”* (1993, in Goldim, 2006:3). Poderão assim existir interesses secundários que poderão influenciar negativamente a realização de uma investigação, tais como, interesses pessoais, científicos, religiosos, económicos, sociais, entre outros.

Neste estudo não existiu qualquer conflito de interesses. O facto de o investigador não possuir qualquer ligação à estrutura institucional promotora do estudo, contribui de alguma forma para uma análise e observação mais válida e objectiva, isenta de influências.

## **6 - RESULTADOS**

*“Muitas das observações que fazemos em medicina e áreas afins são naturalmente expressas em palavras. Mas muitas delas não podem, no entanto, ser narradas sem recorrer aos números.*

(Paulo Ferrinho, in Aguiar, 2007:13)

Atendendo ao que é esperado desta investigação a exposição dos dados recolhidos é plasmada segundo três áreas que contribuem para a reflexão sobre a evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, na caracterização das USF em 2010. Estas são: a satisfação dos profissionais das USF, o desenvolvimento organizacional das USF e as áreas prioritárias de mudança na actividade das USF. São apresentadas, tendo em conta os parâmetros de caracterização das USF e o âmbito dos objectivos específicos desta investigação, em seis secções:

- Satisfação dos profissionais de saúde das USF (satisfação global com a reforma e com a actividade da USF);
- Parâmetros de qualidade das USF (qualidade);
- Necessidades de formação dos profissionais das USF (formação profissional);
- Instrumentos de apoio à gestão das USF (sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas, manual de articulação);
- Processo de contratualização da actividade das USF (processo de contratualização)
- Condições técnicas das USF (condições técnicas - recursos físicos e humanos);
- E áreas prioritárias de mudança na actividade das USF.

Em resposta aos objectivos propostos, optou-se pela exploração e representação dos dados mais relevantes e de carácter generalista, recorrendo-se, sempre que relevante, à apresentação de dados mais detalhados. Remeteu-se para anexo a totalidade dos resultados.

[anexo nº 5]



Como referido anteriormente, o universo populacional deste estudo corresponde a todos os 230 coordenadores de USF em actividade a 8 de Fevereiro 2010, não se tendo efectuado qualquer selecção amostral.

Os coordenadores de USF foram contactados via correio electrónico, tendo ocorrido a devolução de oito dos 230 *e-mails* enviado, perfazendo 222 coordenadores de USF contactados. Obtiveram-se 136 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 61,3% em relação aos coordenadores efectivamente contactados para participar no estudo (222) e de 59,1% em relação ao universo dos 230 coordenadores de USF em actividade. Das 136 respostas obtidas, três coordenadores de USF não identificaram a sua ARS de pertença, quatro coordenadores de USF não responderam a que tipologia de modelo correspondia a sua USF e seis não mencionaram o ano em que a sua USF iniciou funções.

Observa-se que a distribuição dos coordenadores de USF respondentes, em relação às variáveis ARS de pertença e tipo de modelo das USF é proporcional à distribuição dos coordenadores no universo (respectivamente  $p=0,299$  e  $p=0,732$ , nível de significância utilizado 0.05)<sup>25</sup>.

A adesão dos coordenadores das USF ao estudo por ARS é diversificada, tendo a ARS Alentejo a taxa de resposta mais elevada (80%,  $n=4$ ), seguida da ARS Centro (77%,  $n=20$ ) e da ARS Norte (59%,  $n=66$ ). Da ARS Algarve e ARS Lisboa e Vale do Tejo obteve-se respectivamente uma taxa de resposta de 50% ( $n=4$ ) e 49% ( $n=39$ ). [Tabela 3]

### Características do Universo de Estudo e do Grupo de Respostas Obtidas

		Coordenadores de USF que enviaram resposta (N=136)		Coordenadores de USF em actividade (N=230)	
		%	Número	%	Número
USF é da ARS: (n=133)	Norte	49,6%	66	48,3%	111
	Centro	15,0%	20	11,3%	26
	Lisboa e Vale do Tejo	29,3%	39	34,8%	80
	Alentejo	3,0%	4	2,2%	5
	Algarve	3,0%	4	3,5%	8
USF é de: (n=132)	Modelo A	50,0%	66	55,6%	128
	Modelo B	50,0%	66	44,4%	102
USF iniciou funções em: (n=130)	2006	19,2%	25		
	2007	30,0%	39		
	2008	25,4%	33		
	2009	20,8%	27		
	2010	4,6%	6		

Tabela 3: Descrição da população do estudo - Fonte:: MCSP, 2010

<sup>25</sup>Utilizou-se o Teste Qui-Quadrado.

## 6.1 - Satisfação dos Profissionais de Saúde das USF

Neste capítulo é apresentado um dos parâmetros de caracterização das USF, satisfação dos profissionais das USF [Gráfico 1]. Este parâmetro é analisado em duas vertentes, uma relacionada com a satisfação global dos coordenadores de USF respondentes em relação à Reforma de 2005 dos CSP e outra referente à satisfação dos profissionais das USF em relação ao modo como decorreu a actividade da USF, até ao momento, na perspectiva dos seus coordenadores.

Relativamente à **satisfação global com a Reforma de 2005 dos CSP** observa-se que 59,8% (n=64) dos coordenadores de USF respondentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos e 28,1% (n=30) estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Por outro lado, os coordenadores de USF respondentes consideram que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está satisfeito ou muito satisfeito (83,3%, n=109), de uma forma geral, **em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF**, até à data do estudo (Janeiro - Fevereiro de 2010).

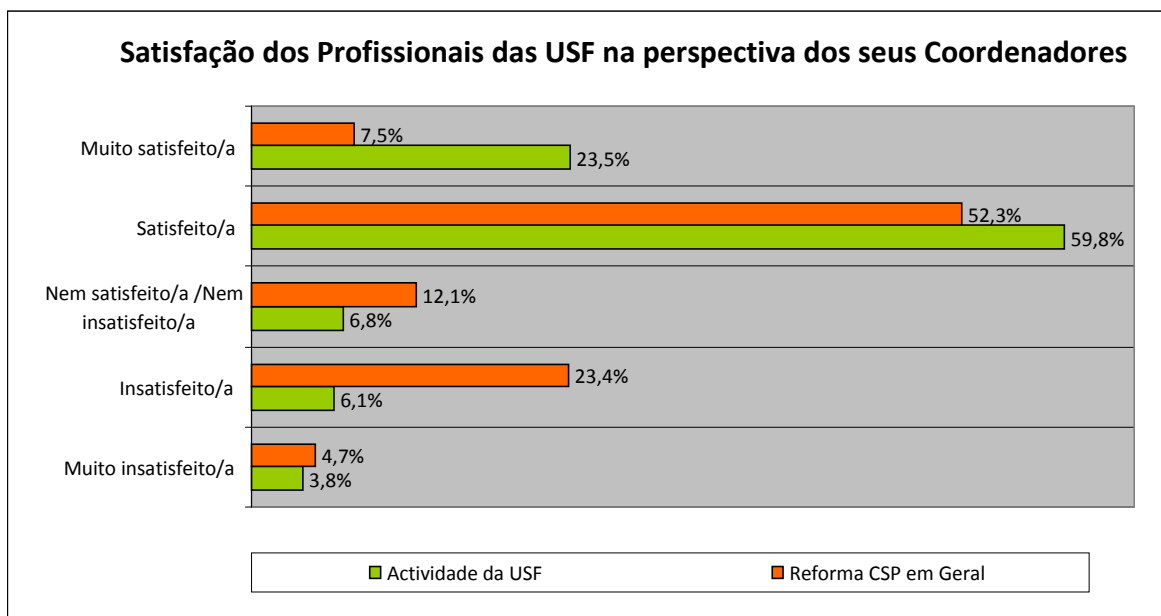


Gráfico 1: Satisfação dos profissionais das USF

## 6.2 - Desenvolvimento Organizacional das USF

Neste capítulo são descritos os parâmetros caracterizadores das USF referentes ao à análise sobre o desenvolvimento organizacional das USF. As dimensões abordadas são: a qualidade como factor influente da actividade da USF; a formação dos profissionais da USF; os sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas e o manual de articulação, como instrumentos de apoio à gestão da USF; o processo de contratualização da USF; e a adequação das condições técnicas da USF à actividade dos seus profissionais.

### 6.2.1 - Parâmetros de Qualidade das USF

No âmbito da **qualidade**, é de referir que 70,4% (n=69) dos coordenadores de USF respondentes assinalam que a área da qualidade é um dos capítulos do último relatório de actividades. A distribuição desta variável por ARS acompanha os valores já mencionados, com excepção da ARS do Alentejo, em que a totalidade dos respondentes não contempla a qualidade no último relatório de actividades. [Gráfico 2]

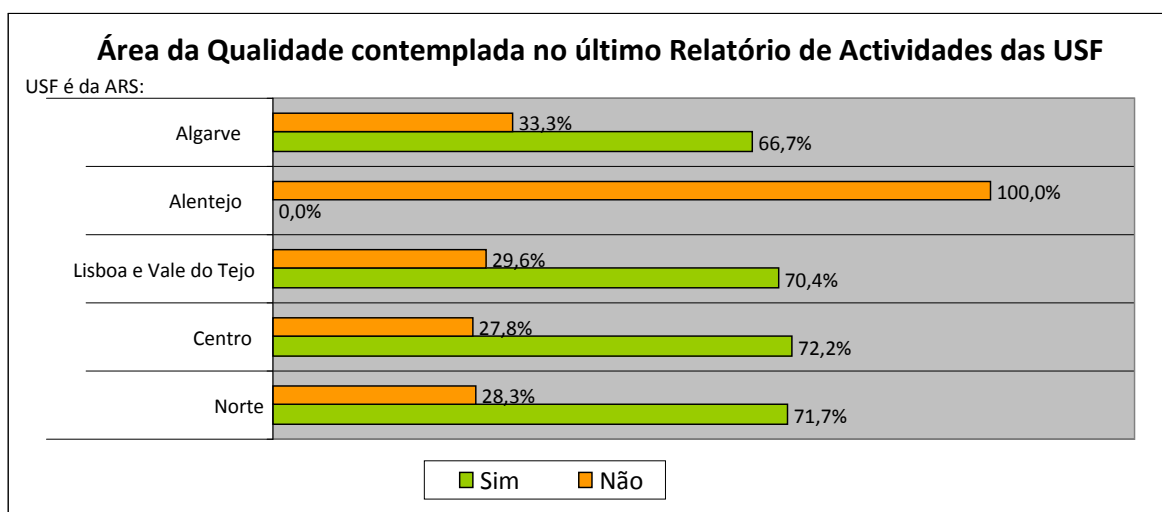


Gráfico 2: Presença da área da qualidade no relatório de actividade das USF por ARS

Quanto às **avaliações da satisfação no trabalho e da satisfação do cidadão** em relação à USF, por parte da USF e extra à realizada pela MCSP, verifica-se que 57,3% (n=73) das USF realizaram, em 2008, uma avaliação da satisfação no trabalho, valor que decresce no ano seguinte, 2009, para 44% (n=55). Em relação à ocorrência de uma avaliação da satisfação do cidadão, no ano de 2008 a maioria das USF respondentes

realizaram-na (69,2%, n=84), o que já não ocorreu em 2009, onde apenas 48,4% (n=60) dos coordenadores de USF respondentes mencionaram a terem efectuado.

Relativamente às **áreas** que um questionário sobre **satisfação no trabalho** numa USF **deve contemplar** [Tabela 4] realça-se as cinco áreas que obtiveram a média mais elevada (numa escala de 5 pontos, em que 1 é menos importante e 5 mais importante). Em ordem decrescente identificou-se: *o ambiente de trabalho* (média=4,6; desvio padrão=0,7); *a recompensa pelo trabalho efectuado* (média=4,5; desvio padrão=0,7); *o interesse do trabalho* (média=4,4; desvio padrão=0,8); *as condições para o exercício profissional* (média=4,3; desvio padrão=0,8); e *a autonomia* (média=4,3; desvio padrão=0,8).

#### Áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar

(1-menos importante e 5-mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,6	5	5	1	0,7	20%
Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,5	5	5	2	0,7	20%
Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,4	5	5	1	0,8	20%
Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,3	5	5	2	0,8	20%
Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,3	4	5	1	0,8	20%
Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,2	5	5	1	1	20%
Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4,1	4	5	1	0,8	20%

Tabela 4: Áreas a contemplar num questionário sobre satisfação no trabalho

Os coordenadores de USF quando questionados sobre a mesma variável da questão anterior, mas com efeitos para um questionário sobre **satisfação do cidadão** em relação aos serviços de uma USF, as **áreas** mais cotadas e **a serem contempladas** foram [Tabela 5], em ordem decrescente: *o respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional* (média=4,6; desvio padrão=0,7); *a preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional* (média=4,5; desvio padrão=0,8); *a competência de cada grupo profissional* (média=4,4; desvio padrão=0,8); *o modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional* (média=4,4; desvio padrão=0,8); *a rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos* (média=4,4; desvio padrão=0,8).

**Áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar** (1 - menos importante a 5 – mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio padrão	Coefficiente de Variação
O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	4,6	5	5	1	0,7	15%
A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	4,5	5	5	1	0,8	18%
A competência de cada grupo profissional	4,4	5	5	1	0,8	18%
O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	4,4	5	5	2	0,8	18%
A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	4,4	5	5	1	0,8	18%
A limpeza da USF	4,4	5	5	1	0,8	18%
A facilidade em marcar uma consulta na USF	4,3	4	5	2	0,7	16%
O horário de atendimento de cada grupo profissional	4,2	4	5	2	0,8	19%
A facilidade em falar pelo telefone para a USF	4,2	4	5	1	0,9	21%
A pontualidade de cada grupo profissional	4,1	4	5	2	0,8	20%
A simpatia de cada grupo profissional	4,1	4	5	1	0,8	20%
A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	4,1	4	5	1	0,8	20%
A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	4,1	4	5	1	0,9	22%
O tempo de espera para atendimento	4,1	4	5	2	0,8	20%
O conforto da USF	4,1	4	5	1	0,8	20%
O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	4	4	5	2	0,7	18%
A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	3,9	4	5	2	0,8	21%

Tabela 5: Áreas a contemplar num questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços

Um outro aspecto de relevo no âmbito da qualidade da USF é a **existência de manual de boas práticas** para as diferentes áreas de acção da USF. Este documento é também considerado como um dos instrumentos de apoio à gestão da USF. Observa-se que 87,3% (n=110) dos coordenadores de USF respondentes mencionam que possuem manual de boas práticas. Desta, 35,7% (n=45) referem ter manual de boas práticas, apenas para um pequeno número das áreas importantes. [Gráfico 3]

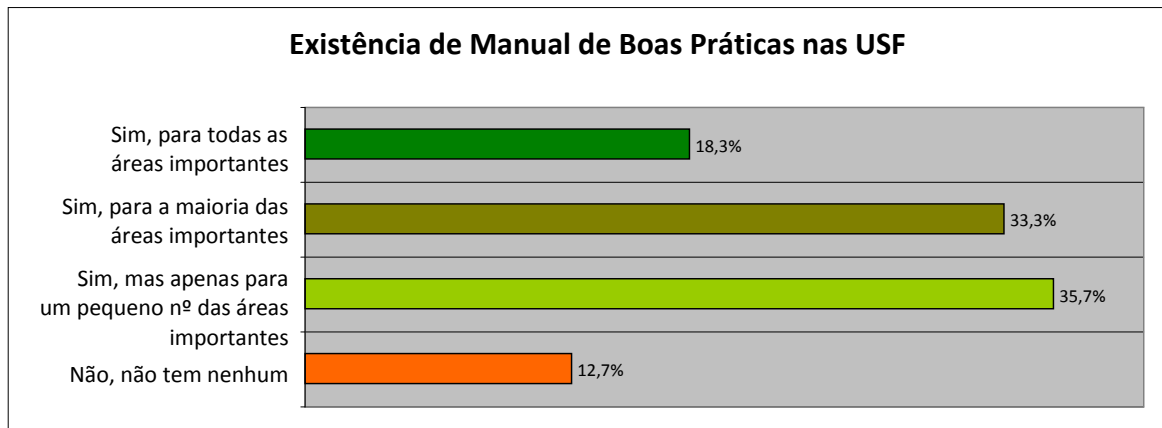


Gráfico 3: Âmbito do manual de boas práticas das USF

### **6.2.2 - Necessidades de Formação dos Profissionais das USF**

Os coordenadores de USF respondentes quando questionados sobre a sua **satisfação** em relação às acções de **formação** dirigidas à USF frequentadas nos últimos dois anos, referem que estão satisfeitos ou muito satisfeitos em 52,2% (n=60) das respostas.

Em relação às áreas em que os coordenadores de USF respondentes têm sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostariam que um programa de formação abordasse, verifica-se que as cinco áreas mais importantes (numa escala de 5 pontos, em que 1 é menos importante e 5 mais importante), são, em sentido decrescente: *os sistemas da qualidade* (média=4,2; desvio padrão=0,8); *a auto-avaliação* (média=4,0; desvio padrão=0,9); *a implementação de orientações clínicas comuns* (média=4,0; desvio padrão=0,9); *o desenvolvimento do papel do secretário clínico* (média=4,0; desvio padrão=0,9); e *a coesão da equipa multiprofissional* (média=3,9; desvio padrão=1,1). Verifica-se que coeficiente de variação das respostas obtidas oscila entre o 20% e o 30%, o que corresponde a dizer que não existe muita variabilidade nas respostas. [Tabela 6]

**Áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse** (1-menos importante e 5-mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Sistemas da qualidade	4,2	4	5	2	0,8	20%
Auto-avaliação	4,0	4	5	1	0,9	20%
Implementação de orientações clínicas comuns	4,0	4	5	1	0,9	20%
Desenvolvimento do papel do secretário clínico	4,0	4	5	1	0,9	20%
Coesão da equipa multiprofissional	3,9	4	5	1	1,1	30%
Dificuldades no atendimento	3,9	4	5	1	1	30%
Falhas na comunicação	3,8	4	5	2	0,9	20%
Gestão de conflitos	3,8	4	5	2	0,9	20%
Alinhamento da equipa com objectivos comuns	3,8	4	5	1	1	30%
Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	3,8	4	5	1	1	30%
Liderança	3,7	4	5	1	0,9	20%
Optimização dos tempos de espera	3,6	4	5	1	0,9	30%
Dificuldades na gestão da consulta	3,5	4	5	1	1	30%
Reuniões ineficazes	3,3	3	5	1	1	30%

Tabela 6: Necessidades de formação dos profissionais das USF

### **6.2.3 - Instrumentos de Apoio à Gestão das USF**

No domínio dos instrumentos de apoio à gestão das USF são identificados três grupos: os sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas, o manual de articulação e o manual de boas práticas. Este último atendendo ao seu carácter funcional é também integrado nos parâmetros de qualidade das USF, sendo de referir que 87,3% (n=110) dos coordenadores de USF respondentes mencionam que a USF tem **manual de boas práticas**. [ver capítulo: Parâmetros de Qualidade das USF]

No que se refere aos **sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas** utilizados pelas USF, o sistema SAM/SAPE é o de eleição com 78,8% (n=104) de resposta dos coordenadores de USF respondentes, seguido do sistema

MedicineOne com 12,9% (n=17) e do sistema Vitacare com 8,3% (n=11) das respostas dadas.

Ao efectuar-se o cruzamento dos sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas utilizados e a **satisfação associada** aos mesmos [Gráfico 4], verifica-se que os coordenadores de USF utilizadores dos sistemas designados por Vitacare, MedicineOne estão maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos (respectivamente 55,5%, n=9; e 50,1%, n=5), e 33% (n=23) dos coordenadores de USF utilizadores do sistema SAM/SAPE estão satisfeitos ou muito satisfeitos.

Em relação à aplicação informática Alert P1, considera-se que 51,9% (n=67) dos profissionais das USF estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com esta aplicação informática, segundo os seus coordenadores. Esta situação é também mencionada nas áreas de actividade funcional da USF a alterar, uma vez que é sugerido *abolir o ALERT P1*.

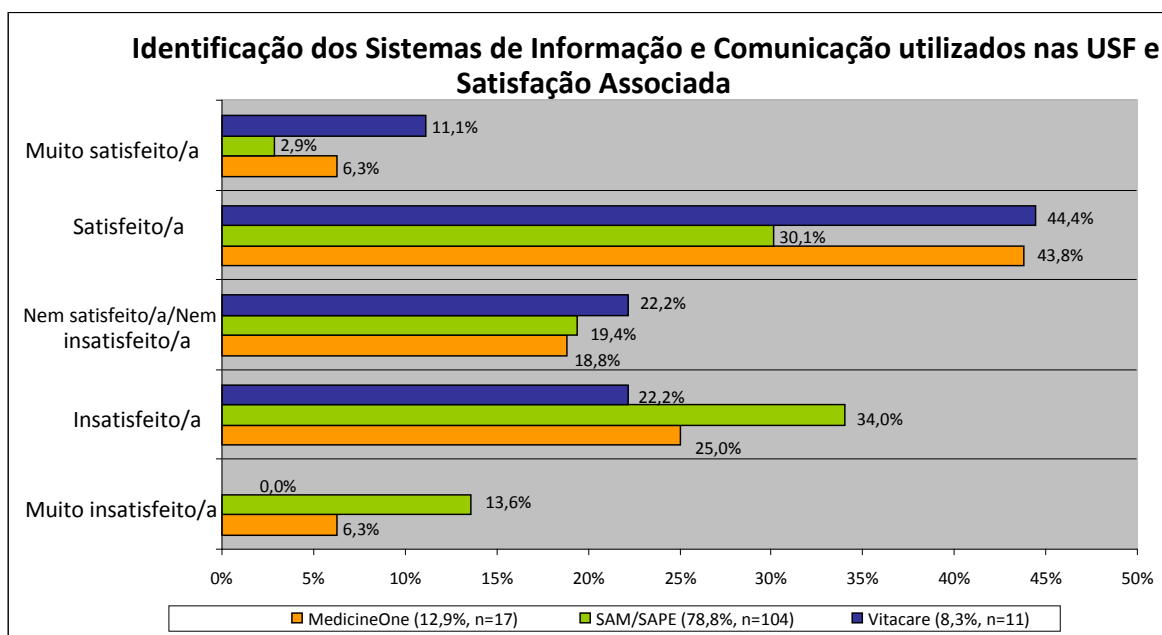


Gráfico 4: Sistemas de informação e comunicação utilizados nas USF

A articulação da USF com as unidades parceiras é estruturada através de um manual de parcerias e procedimentos, que se denomina de **manual de articulação**. Este é um dos instrumentos de apoio à gestão das USF contemplados na sua legislação. Neste sentido, verifica-se que 59% (n=79) dos coordenadores de USF respondentes afirmam existir manual de articulação na sua USF e 16,4% (n=22) referem que este documento à data do preenchimento do questionário está em discussão. Quanto ao processo de execução, o



manual de articulação foi maioritariamente discutido e acordado (76,9%, n=60) num processo isento de conflitos segundo 82,9% (n=63) dos coordenadores de USF respondentes. De realçar que a maioria dos respondentes (56,3%, n=45) referem-se a este instrumento como de pouca ou nenhuma utilidade e 43,8% (n=35) deles reconhecem a utilidade ou muita utilidade no manual de articulação. [Gráfico 5]

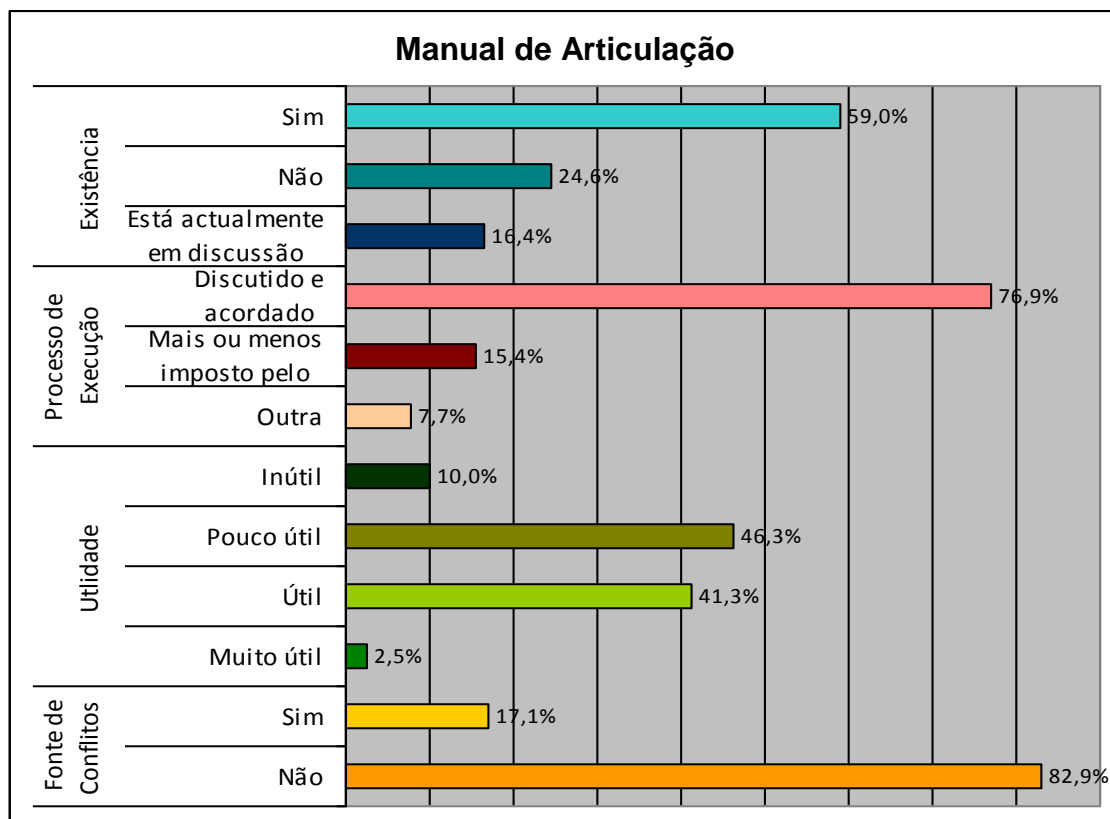


Gráfico 5: Manual de Articulação nas USF

#### **6.2.4 - Processo de Contratualização da Actividade das USF**

No que concerne aos diferentes factores associados ao **processo de contratualização** da actividade das USF com as ARS [Gráfico 6] pode-se afirmar que 73,1% (n=98) dos coordenadores de USF respondentes estão muito de acordo ou de acordo com a afirmação *a contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade*. Segundo 53,2% (n=66) dos respondentes do estudo estão muito de acordo ou de acordo com a afirmação *os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF*.

Por outro lado, 71,2% (n=89) dos coordenadores de USF respondentes referem que estão muito em desacordo ou em desacordo com a afirmação de que *o sistema informático*

em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados. Dos coordenadores de USF respondentes 54,9% (n=72) dizem estar muito em desacordo ou em desacordo de que *as metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES*. Nesta sequência verifica-se ainda que ao mencionar-se que *a contratualização é uma negociação transparente*, 48,8% (n=60) dos coordenadores de USF respondentes estão muito em desacordo ou em desacordo e 49,6% (n=63) assinalam as mesmas opções aquando da afirmação de que *as metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado*.

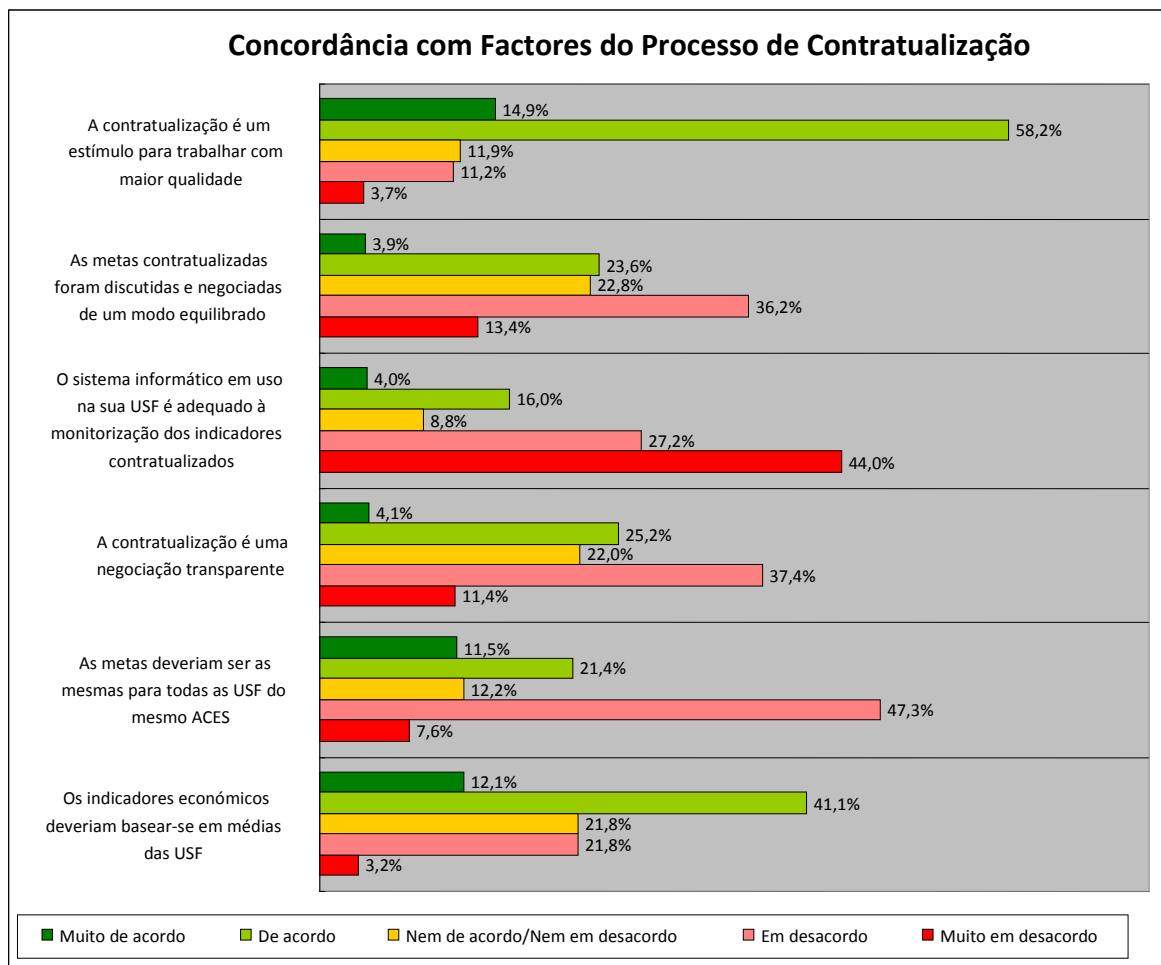


Gráfico 6: Processo de contratualização das USF

### **6.2.5 - Condições Técnicas para a actividade das USF**

Em conformidade com o parâmetro **condições técnicas**, cabe evidenciar os resultados referentes à satisfação dos respondentes em relação aos recursos físicos e humanos existentes nas USF.

No âmbito dos **recursos físicos da USF para a actividade profissional** verifica-se que a maioria dos coordenadores de USF respondentes estão muito de acordo ou de acordo que as instalações e equipamentos das USF são adequados para a actividade dos profissionais de saúde, respectivamente 54,5% (n=72) e 55,3% (n=73). [Gráfico 7]

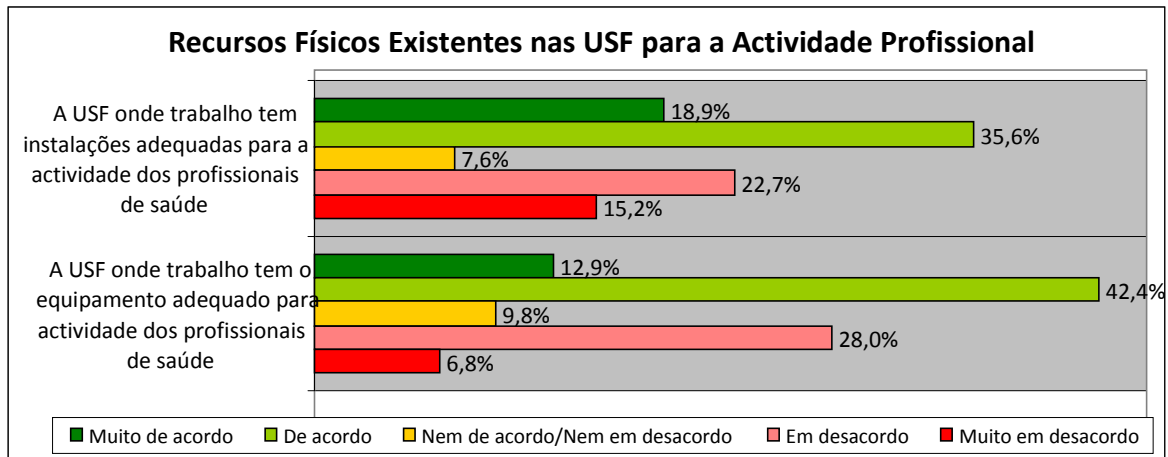


Gráfico 7: Recursos físicos das USF para actividade profissional

Quanto há características das condições laborais dos **recursos humanos** observa-se, que os coordenadores de USF respondentes identificam que cerca de ¼ dos trabalhadores das USF da carreira profissional de enfermagem e do secretariado clínico não estão providos de um vínculo institucional permanente (respectivamente 24,3%, n=126; e 29,1%, n=124), sendo na carreira profissional de medicina geral e familiar identificados 8,7% (n=45) de profissionais nas mesmas condições. [Gráfico 8]

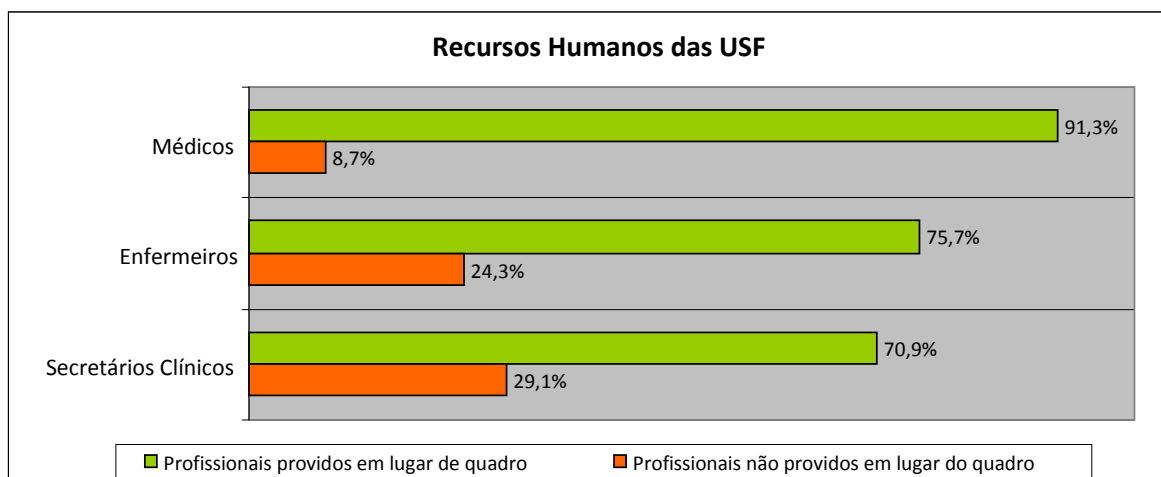


Gráfico 8: Recursos Humanos das USF

### 6.3 - Áreas Prioritárias de Mudança na Actividade das USF

Este capítulo incide sobre as áreas prioritárias de mudança na actividade das USF assimiladas como sendo os principais problemas a levar junto do Ministério da Saúde (MS) e as áreas de actividade da USF a alterar.

No âmbito das necessidades de mudança das USF na tabela que se segue [Tabela 7] apresenta-se os **principais problemas identificados** como prioritários nas USF, a serem discutidos junto do MS. Dos cinco problemas sinalizados pelos coordenadores de USF respondentes, com valores mais elevados (sendo 1 equivalente ao menos importante e 5 ao mais importante, numa escala de 5 pontos), encontram-se: *os sistemas de informação* (média=4,7; desvio-padrão=0,8); *a articulação com o ACES* (média=4,4; desvio-padrão=0,8); *a mobilidade dos profissionais para as USF* (média=4,4; desvio-padrão=0,8); *as remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma* (média=4,4; desvio-padrão=0,9); e *o processo de contratualização* (média=4,2; desvio-padrão=1,0).

**Problemas Identificados como Prioritários nas USF** (1-menos importante e 5-mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Sistemas de Informação	4,7	5,0	5	1	0,8	20%
Articulação com o ACES	4,4	5,0	5	2	0,8	20%
Mobilidade dos Profissionais para as USF	4,4	5,0	5	1	0,8	20%
Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	4,4	5,0	5	1	0,9	20%
Contratualização	4,2	4,0	5	1	1,0	20%
Incentivos Financeiros	4,2	4,0	5	1	0,9	20%
Incentivos Institucionais	4,2	4,0	5	2	0,8	20%
Equipamentos	4,1	4,0	5	1	1,0	30%
Actividades Específicas	4,1	4,0	5	2	0,9	20%
Formação	4,0	4,0	5	1	1,0	20%
Instalações	3,9	4,0	5	1	1,1	30%
Acreditação	3,8	4,0	5	1	0,9	20%
Carteiras Adicionais	3,6	4,0	5	1	1,0	30%
Proliferação de ULS	3,6	4,0	5	1	1,1	30%

Tabela 7: Problemas identificados como prioritários das USF

Em resposta à pergunta aberta “indique as três principais áreas que alteraria para melhorar o funcionamento da sua USF” identificam-se seis áreas principais de necessária intervenção, assim como acções de melhoria de funcionamento, resultantes da análise de conteúdo das respostas dos coordenadores de USF, por áreas temáticas. As **áreas de actividade funcional da USF a alterar** estão relacionadas com: [Tabela 8]

- Investimento na qualidade dos serviços prestados pelas USF (*“prover auto-avaliação e círculos de qualidade”*);
- Desenvolvimento dos instrumentos de apoio à gestão das USF, como seja os relacionados com a articulação com actores envolventes (*“aplicar manual articulação”*);
- Reengenharia dos instrumentos de apoio à gestão associados aos sistemas de informação e comunicação, com especial atenção para as dimensões estatísticas (*“módulo estatístico eficaz”*);
- Melhoramento das condições técnicas, respectivamente os recursos físicos e humanos das USF (*“melhorar a acessibilidade física”*) e o volume da força de trabalho (*“aumentar número de profissionais das USF”*);
- Qualificação profissional dos recursos humanos (*“dinamizar o espaço de formação interna”*);
- Implementação de acções de governação da actividade das USF no âmbito da autonomia das USF (*“autonomia funcional e financeira na gestão corrente da USF”*) e dos factores do processo de contratualização para a actividade das USF (*“transparência da contratualização”*).

### Áreas de Actividade Funcional da USF a Alterar

Categorias		Unidades de Significado
Medidas de qualidade		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Elaborar um manual de boas práticas</i></li> <li>» <i>Prover auto-avaliação e círculos de qualidade</i></li> <li>» <i>Avaliação interna na área da qualidade</i></li> </ul>
Desenvolver instrumentos de apoio à gestão das USF		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Aplicar manual articulação</i></li> <li>» <i>Melhorar a articulação com ACES, MCSP, ARS, MS</i></li> <li>» <i>Sistema de gestão de atendimento</i></li> </ul>
Reengenharia dos Sistemas de informação e comunicação		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Melhorar a complementaridade e operacionalidade SAM/SAPE</i></li> <li>» <i>Abolir o ALERT P1</i></li> <li>» <i>Criar uma interface com os utentes</i></li> <li>» <i>Melhorar sistemas informáticos e de informação</i></li> <li>» <i>Módulo estatístico eficaz</i></li> <li>» <i>Criar indicadores fiáveis</i></li> </ul>
Reforço nas Condições Técnicas	Recursos Físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Investir nas infra-estruturas</i></li> <li>» <i>Melhorar a acessibilidade física</i></li> </ul>
	Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Aumentar número de profissionais das USF</i></li> <li>» <i>Melhorar as relações interpessoais</i></li> </ul>
Incentivo à formação		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Dinamizar o espaço de formação interna</i></li> <li>» <i>Fortalecer da componente técnica</i></li> </ul>
Acções de governação		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Autonomia funcional e financeira na gestão corrente da USF</i></li> <li>» <i>Absorver a lista de utentes que ficou sem médico no CS</i></li> <li>» <i>Descentralizar competências da ARS para os ACES</i></li> <li>» <i>Transparência da contratualização</i></li> <li>» <i>Disponibilizar os incentivos de 2007 e 2008</i></li> <li>» <i>Investir mais em governação clínica</i></li> </ul>

Tabela 8: Áreas de Actividade Funcional das USF a Alterar

## **7 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

*“O pensamento [e a partilha] é, mais que nunca, o capital mais precioso para o indivíduo e [para] a sociedade”.*

(Edgar Morin, 2003)

A Reforma de 2005 dos CSP iniciou-se com objectivos de aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, de garantia da qualidade na prestação dos cuidados de saúde e de melhoria da satisfação dos cidadãos e dos profissionais de saúde. Para o conseguir, considerou-se ser fundamental modernizar e reconfigurar os CS uma vez que são o *“coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o Sistema de Saúde [Português]”* (Pisco, 2007 in Biscaia *et al*, 2008:217). A solução encontrada foi inovadora em relação a reformas anteriores em Portugal e mesmo a nível internacional, como expressado nos capítulos anteriores (Biscaia *et al*, 2008). Considera-se que a actual situação das USF promove valores basilares como a autonomia, responsabilidade, auto-regulação, qualidade e eficiência, mas também considera que têm crescido factores de preocupação e de improbabilidade de sucesso da reforma (Vilas Boas, 2010).

O estudo apresentado foi desenhado para reflectir sobre o processo de implementação e evolução da Reforma de 2005 dos CSP, através da caracterização de uma das suas unidades funcionais, as USF. Procura-se documentar com dados o carácter extraordinário e os sinais de improbabilidade desta mudança e assim contribuir para o planeamento da monitorização e do apoio à evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal. Um dos seus aspectos mais frágeis desta reforma é a escassez de conhecimento partilhado e a ausência de evidência sobre os seus efeitos e o seu processo evolutivo. É contra este sentido que esta investigação procura dar o seu contributo.

Do convite efectuado aos 230 coordenadores de USF em actividade, em Fevereiro de 2010, para participarem neste estudo censitário, obteve-se uma taxa de resposta de 59,1% (n=136) e verificou-se que não existiam diferenças entre os respondentes e o universo para as variáveis disponíveis para análise, pelo que se pode considerar que este estudo reflecte a realidade actual das USF. O carácter relevante dos coordenadores de USF, como informadores-chave desta investigação é uma mais-valia, uma vez que as suas funções de coordenação conjugadas com a actividade de médico de medicina geral e familiar

produzem um saber sistémico da realidade das USF e por sua vez do estado actual da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal.

Como dito anteriormente, os dados recolhidos reflectem a implementação da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, através da caracterização das USF em 2010, nomeadamente: com a medição da satisfação dos profissionais das USF, com a caracterização do desenvolvimento organizacional das USF e com a identificação das áreas prioritárias de mudança na actividade das USF, expressas de uma forma transversal às duas supracitadas.

No que diz respeito à **satisfação dos profissionais de saúde**, em relação à Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, pode-se afirmar que os resultados obtidos são positivos e concordantes com um processo de mudança mobilizador dos profissionais, uma vez que a maioria dos coordenadores de USF respondentes (59,8%) referem estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o decurso da Reforma, em oposição aos 28,1% que estão insatisfeitos ou mesmo muito insatisfeitos (estes últimos apenas 4,7%). Estes valores positivos são reforçados com os 83,3% de respostas de satisfação ou muita satisfação dos profissionais das USF em relação ao modo como decorre a actividade da USF, o que tem de ser considerado um sinal de que a componente organizacional das USF pode estar a conseguir garantir um adequado nível de qualidade de funcionamento das unidades. Foram, no entanto, assinaladas várias **áreas** em que se poderiam registar melhorias para a **optimização da actividade das USF**: *maior autonomia funcional e financeira das USF, maior descentralização de competências das ARS para os ACES, melhor articulação entre todas as estruturas envolvidas nos cuidados de saúde primários, melhores sistemas de informação, e maior investimento nas infra-estruturas e na governação clínica*<sup>9</sup>, entre outras. Esta última é considerada, por alguns autores, como uma medida favorável no contexto do modelo de gestão das USF. É vista como uma aposta no equilíbrio entre o desenvolvimento da qualidade dos sistemas de saúde, numa visão de maior abrangência populacional, e na optimização contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde (USF-AN, 2010).

Este primeiro conjunto de resultados levanta a questão muito actual da necessidade de avaliações do desempenho de todo o sistema: não só dos profissionais prestadores directos de cuidados de saúde, mas também de quem planeia, gere ou dá suporte a esses cuidados. Neste tipo de apreciação a componente da satisfação com o serviço prestado (por



exemplo, a disponibilização de recursos e de serviços, ou o planeamento e a gestão ou, ainda, a produção de legislação) tem de ser alvo de avaliações por quem recebe esse serviço. Obviamente, este é apenas um dos componentes de uma avaliação de desempenho, mas é, igualmente, um componente essencial e a que não tem sido dada suficiente atenção nos CSP em Portugal. A medição da satisfação pode conter valores globais, como a descrita anteriormente (que são importantes por transmitirem um balanço de todos), e, igualmente, apreciações mais específicas em áreas consideradas chave. Esta situação está reflectida nos segmentos apresentados de seguida.

Um segundo conjunto de resultados diz respeito aos **parâmetros de caracterização do desenvolvimento organizacional das USF**, repartido: pela relevância da qualidade, como factor importante na actividade funcional das USF; pelas necessidades de formação dos profissionais das USF; pela caracterização dos instrumentos de apoio à gestão das USF, como seja o manual de articulação e os sistemas de informação e aplicações informáticas; pelos factores condicionantes do processo de contratualização da actividade das USF; e pelas condições técnicas das USF para a actividade profissional, descrevendo as condições dos recursos físicos e humano das USF.

Um dos factores caracterizadores do desenvolvimento organizacional das USF é a importância dada à área da qualidade. Esta relevância está bem patente uma vez que 70,4% das USF mencionam que têm no seu relatório de actividades um capítulo dedicado à **qualidade**, assim como referem a existência de **manual de boas práticas** para todas as áreas de actividade consideradas importantes em 18,3% das USF e 33,3% para a maioria destas. O enfoque na adopção de boas práticas impostas pela evidência clínica orienta para o melhor uso de recursos utilizados e a melhoria da qualidade clínica, que consequentemente produz ganhos de efectividade no SNS (Correia de Campos, 2008). Neste sentido pode-se afirmar que a identificação de boas práticas na prestação de cuidados de saúde orienta para dois grandes propósitos: a obtenção de ganhos em qualidade e a racionalização dos investimentos (USF-AN, 2010).

A optimização da satisfação dos cidadãos e dos profissionais são dois objectivos desta Reforma e é relevante saber que, em 2008, 69,2% das USF levaram a cabo pelo menos uma avaliação da satisfação dos cidadãos e 57,3% das USF realizaram uma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais, percentagens estas que caíram, respectivamente, para 48,4% e 44% em 2009. Contudo, 2009 foi o ano em que se procedeu

a avaliações da satisfação quer de cidadãos, quer de profissionais, a nível de todas as USF por parte da MCSP. Estes são dados que, para além de transmitirem uma imagem do desenvolvimento organizacional das USF têm importância no estabelecimento de um valor base de referência para avaliações futuras.

Quanto à área da **formação** para os profissionais das USF, os seus coordenadores classificam a sua experiência em relação às acções de formação dirigidas às USF, nos últimos 2 anos, como sendo de satisfação ou muita satisfação em 52,2% dos casos e de insatisfação e muita insatisfação em 27,8% dos casos. As áreas em que os coordenadores das USF têm sentido maior dificuldade na actividade da sua USF, e que gostariam que um programa de formação abordasse, são entre outras: os sistemas da qualidade, a auto-avaliação, a implementação de orientações clínicas comuns, o desenvolvimento do papel do secretário clínico, e a coesão da equipa multiprofissional. Existe, portanto, espaço para a implementação de novos e melhores programas de formação dirigidos para os profissionais das USF. *“A formação deve, portanto, ser vista como um investimento indispensável”* na obtenção de ganhos intangíveis (Correia de Campos, 2008:101).

Tendo em consideração os instrumentos de apoio à gestão das USF existentes, os **sistemas de informação e comunicação**, as **aplicações informáticas de apoio** à consulta em uso e a satisfação a elas associada, pode-se dizer que a aplicação informática mais utilizada nas USF é o sistema SAM/SAPE (78,8%) seguindo-se, por ordem decrescente, a aplicação MedicineOne (12,9%) e, por fim, a aplicação Vitacare (8,3%). Apesar de ser a aplicação predominante nas USF, a SAM/SAPE, é também avaliada como a que tem maior insatisfação associada, 47,6% dos coordenadores consideram que os profissionais das suas USF estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos. A aplicação Alert P1 para referência para os cuidados hospitalares está associada, na opinião de 51,9% dos coordenadores, a insatisfação ou muita insatisfação dos profissionais das suas USF. Este desconforto é acrescido pela intenção transmitida por um dos coordenadores que sugeria, como medida de mudança na actividade da USF, a abolição do Alert P1 para a melhoria do funcionamento da sua USF. Evidenciou-se ainda que 71,2% dos coordenadores consideram que o sistema informático em uso nas USF não é adequado para a monitorização dos indicadores contratualizados. Estes resultados reforçam a escolha dos coordenadores das USF em colocar os sistemas de informação como o problema mais importante a resolver pelas USF.

No que se refere à articulação entre as USF e os actores envolventes, é motivo de preocupação saber que apenas existe **manual de articulação** aprovado entre a USF e o ACES em 59% das USF em actividade, que 10% dos seus coordenadores consideram esse manual inútil e outros 46,3% pouco útil, sendo que apenas 2,5% o consideram muito útil. Adicionalmente, 76,9% dos coordenadores afirmam que o manual de articulação foi discutido e acordado equilibradamente entre as partes; no entanto, 17,1% relatou que este manual já foi fonte de conflitos. Nas medidas que foram sugeridas para melhorar o funcionamento das USF foi indicado a melhoria da articulação das USF com outras estruturas, insinuando que esta articulação não é ainda satisfatória. A sugestão de que o manual de articulação fosse efectivamente aplicado, foi também apontada, o que denota confiança dos coordenadores de USF neste instrumento de gestão, mas também equaciona a possível falta da sua aplicação de um modo sistemático. Pensa-se que é reconhecida a pretensão deste manual em construir um *“instrumento de modernização e desburocratização, simplificando procedimentos através do estabelecimento de regras simples e claras, reconhecidas como vantajosas por ambas as partes, que permitam facilitar a resolução dos problemas de gestão corrente, com satisfação dos profissionais e ganhos de eficiência da instituição”* (ARS Norte, 2009:2).

A necessidade de criar **mecanismos de contratualização** de actividade, como ocorre nas USF, tem uma componente histórica. Surge como resposta às crises cíclicas dos sistemas financeiros nacionais e ao seu consequente impacto ao nível dos sistemas de saúde, na perspectiva de controlo e acção estratégica à finitude dos recursos disponíveis (USF-AN, 2010). A contratualização é, talvez, um dos processos mais importantes da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal e, tem como oportunidade e factor mobilizador a possibilidade de *“indução de maior eficiência e efectividade da gestão”* (Escoval in USF-AN, 2010:9). Tal ocorrência é evidenciada pela maioria dos coordenadores de USF (73,1%) ao considerarem que *os mecanismos de contratualização são um estímulo para trabalhar com maior qualidade*. No entanto, apenas 27,6% dos coordenadores de USF consideram que as metas contratualizadas foram negociadas de forma equilibrada e 48,8% consideram que a contratualização não é uma negociação transparente. Em relação ao processo de estabelecimento de metas a contratualizar, 54,9% dos coordenadores de USF consideram que as metas não deveriam ser as mesmas para todas as USF dentro do mesmo ACES e 53,2% referem que os indicadores económicos deveriam ser baseados em médias das USF. Conclui-se que apesar de serem reconhecidas as suas vantagens o processo de

contratualização de actividade deveria ser integrado numa perspectiva de maior equidade e efectividade.

Uma outra área de grande relevância, no desenvolvimento organizacional das USF, é a referente às **condições técnicas** existentes à prática da actividade profissional nas USF, nomeadamente os recursos físicos e humanos. Quando questionados em relação ao seu grau de concordância, 54,5% dos coordenadores das USF referiram que estavam de acordo ou muito de acordo que as suas USF tinham **instalações** adequadas para a actividade dos profissionais de saúde, o mesmo sucedendo com 55,3% dos coordenadores em relação ao **equipamento** da sua USF. Sensivelmente metade dos coordenadores de USF considera que a sua USF tem os **recursos físicos** adequados para a actividade que tem de desenvolver. No entanto, quando questionados sobre áreas de necessária intervenção e medidas de melhoria de funcionamento das USF, foi referenciado o reforço dos recursos físicos, mais especificamente investir nas infra-estruturas e melhorar a acessibilidade física. Denota-se o que Vilas Boas afirmava que ao longo do ano de 2009 houve um relevante crescimento quantitativo de USF, contudo o mesmo não aconteceu ao nível dos recursos e das estruturas, entre outros (Vilas Boas, 2010).

Quanto aos **recursos humanos** e às percentagens de profissionais com provimento em lugar do quadro (vínculo definitivo à Função Pública) é de realçar que nas três categorias profissionais existentes nas USF, médicos, enfermeiros e secretários clínicos, encontramos valores altos de não provimento, respectivamente 8,7%, 24,3% e 29,1%. É uma situação que limita o planeamento e o desenvolvimento futuro das USF ao criar um clima de instabilidade. Esta interpretação é reforçada com o facto do terceiro item mais cotado nos problemas a resolver nas USF ser a mobilidade dos profissionais para as USF. De realçar que tendo em consideração que as USF são peça central na Reforma de 2005 dos CSP, um ambiente saudável no trabalho é emergente e este não deve assentar em desequilíbrios de dotação de recursos nem a sobrecargas excessivas dos profissionais, se pretender a sustentabilidade da reforma e a obtenção de ganhos em saúde (Correia de Campos, 2008).

Com base nas contingências já descritas sobre a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal e na caracterização das USF, recorreu-se à metodologia SWOT<sup>26</sup> com a pretensão de dissecar a informação recolhida repartindo-a em aspectos positivos e negativos, de carácter interno (das USF e/ou dos seus profissionais), e oportunidades e ameaças, de influência externa (regional e/ou nacional) [Tabela 9]. A construção deste quadro complexo tem por propósito atingir a finalidade a que nos propusemos com esta investigação, na medida em que, através de uma proposta de acção segundo a metodologia TOWS<sup>27</sup>, a sua matriz é passível de ser utilizada como contributo ao planeamento da monitorização e do apoio à evolução da Reforma de 2005 dos CSP. [Tabela 10]

---

<sup>26</sup> A análise SWOT é uma ferramenta de planeamento estratégico que propõe a fazer uma análise sobre uma realidade e o seu contexto, identificando os pontos fortes e fracos bem como as oportunidades e ameaças a que esta está sujeita.

<sup>27</sup> A análise TOWS por sua vez é reutilização da análise SWOT em cruzamentos entre os pontos fortes e fracos com as oportunidades e ameaças, dando origem a uma proposta de estratégia a ser adoptada.

### Análise sobre a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal

Forças (S-Strengths)	Fraquezas (W-Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Maioria dos profissionais das USF satisfeitos com o processo de implementação da Reforma e com o decorrer da actividade da sua instituição.</li> <li>» Área da qualidade é valorizada pela grande maioria das USF como um elemento fundamental da avaliação da sua actividade.</li> <li>» Controlo da optimização da satisfação dos cidadãos e dos profissionais através de avaliações anuais levadas a cabo pela maioria das USF.</li> <li>» Conhecimento das áreas de necessidade de formação dos profissionais das USF.</li> <li>» Existência de manuais de articulação acordados pelas diferentes partes de um modo considerado equilibrado, na maioria das USF.</li> <li>» Mecanismos de contratualização são encarados pela grande maioria dos coordenadores das USF como um estímulo para trabalhar com maior qualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Existência nas USF de sistemas de informação desadequados, insuficientes e sem capacidade de monitorizar os seus indicadores de contratualização.</li> <li>» Processo de contratualização das USF pouco transparente e insuficientemente equilibrado.</li> <li>» Subsistência de falhas de articulação entre USF e os respectivos ACES.</li> <li>» Presença de um valor residual de USF que não tem manual de boas práticas, nem abordagens sistemáticas de qualidade.</li> <li>» Insatisfação com os programas de formação disponíveis para o desenvolvimento necessário das USF.</li> <li>» Permanência de problemas estruturais ao nível das instalações e equipamentos.</li> <li>» Clima de instabilidade provocado por valores altos de profissionais não providos de vínculo permanente com a USF, traduzido em problemas de mobilidade dos recursos humanos.</li> </ul>
Oportunidades (O-Opportunities)	Ameaças (T-Threats)
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Plano de formação dirigido e ajustado ao contexto actual dos CSP.<sup>28</sup></li> <li>» Promoção de medidas de encorajamento ao desenvolvimento de processos de acreditação das USF.<sup>29</sup></li> <li>» Reengenharia dos sistemas de informação.<sup>30</sup></li> <li>» Existência de um sistema de incentivos de produtividade.<sup>31</sup></li> <li>» Contemplação de projectos-guia dirigidos para o desenvolvimento integrado e sustentado dos CSP.<sup>32</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Decisões governamentais de rentabilização da força de trabalho.<sup>33</sup></li> <li>» Alterações governamentais sobre a contratação dos recursos humanos<sup>33</sup></li> <li>» Exigência do cliente na qualidade do serviço prestado<sup>34</sup>.</li> </ul>

Tabela 9: Análise SWOT sobre a Reforma de 2005 dos CSP

<sup>28</sup>Um dos projectos-guia propostos pelo novo modelo de governação dos CSP é a formação de apoio à Reforma de 2005 dos CSP (MS, 2010c)

<sup>29</sup>A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde define que deverá existir um “programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável...com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde (artigo n.º 2, Despacho n.º 14223/2009).

<sup>30</sup>Uma das acções transversais dos projectos-guia propostos pelo novo modelo de governação dos CSP são os sistemas de informação, designadamente a “racionalização da arquitectura do sistema de informação em CSP, a interoperabilidade de aplicações, dispositivos eficazes de processamento estatístico de dados com “feedback” automático para monitorização permanente da situação de indicadores de actividade e de resultados” (MS, 2010c:1).

<sup>31</sup>O modelo retributivo e de incentivos aos profissionais e às USF previsto no D.L.298/2007.

<sup>32</sup>Disposto na Nota Informativa sobre projectos-guia de Setembro a Dezembro de 2010 (MS, 2010c).

<sup>33</sup>Medidas expressas no Programa de Estabilidade e Crescimento 2010-2013: i) reforço do controlo das admissões na função pública, através de uma aplicação reforçada da regra de contratação de apenas um novo trabalhador em funções públicas por, pelo menos, cada duas saídas ocorridas; ii) forte contenção salarial;

<sup>34</sup>Pode surgir uma exigência infundável por parte do cidadão, uma vez que se a Saúde é um bem de proveito próprio, não negociável nem permutável, e que a sua procura é o reflexo de uma necessidade de subsistência (bem-estar/vida).

**Exemplo de Estratégias de Acção como Contributo à Projectão de Medidas de Apoio à Evolução da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal**

	Oportunidades	Ameaças
	E. Plano de formação dirigido e ajustado ao contexto actual dos CSP. F. Contemplação de projectos-guia dirigidos para o desenvolvimento integrado e sustentado dos CSP.	G. Decisões governamentais de rentabilização da força de trabalho. H. Exigência do cliente na qualidade do serviço prestado.
Forças	Estratégia Maxi-Maxi	Estratégia Maxi-Mini
A. Profissionais de saúde satisfeitos. B. Mecanismos de contratualização um estímulo ao trabalho com qualidade.	Aposta (A+B+E+F): » na integração positiva da Reforma dos CSP incentivando à cobertura total da população. » no recurso a instrumentos de apoio à gestão como ferramentas promotoras de sucesso.	Aposta (A+B+G+H): » na promoção de iniciativas de auto-avaliação e círculos de qualidade. » na governação clínica como o meio de otimizar a qualidade da prestação de cuidados.
Fraquezas	Estratégia Mini-Maxi	Estratégia Mini-Mini
C. Existência de sistemas de informação desajustados à monitorização de indicadores. D. Insatisfação com os programas de formação disponíveis	Aposta (C+D+E+F): » na reengenharia dos sistemas de informação e comunicação, ajustando-os às exigências. » na formação contínua dos profissionais alinhada com as prioridades estratégicas dos CSP.	Aposta (C+D+G+H): » na criação de um plano de incentivos não pecuniários para os profissionais (estar quadro de honra por bom desempenho equivale a ½ dia por trimestre de ausência do serviço sem penalização).

Tabela 10: Análise TOWS sobre a Reforma de 2005 dos CSP

Em resposta às questões de investigação colocadas e ao propósito desta investigação, poder-se-á dizer que foi possível obter uma fotografia correspondente à caracterização das USF em 2010, como reflexo actual do estado de implementação da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, e assim contribuir para o planeamento da monitorização e do apoio à evolução desta Reforma. Concluiu-se em relação aos objectivos específicos deste estudo que:

- A satisfação dos profissionais de saúde das USF foi medida, servindo-se dos coordenadores das USF como informadores-chave, tanto em relação ao decorrer da implementação da Reforma de 2005 dos CSP, como em relação à actividade funcional desenvolvida pela própria USF;

- Descreveu-se a relevância dos parâmetros de qualidade para os coordenadores das USF, reflectida na existência ou não de manual de boas-práticas, de manual de articulação, de foco na qualidade no relatório de actividades da USF e na ocorrência de avaliações da satisfação dos cidadão e dos profissionais da USF;
- Identificaram-se as áreas em que os coordenadores de USF têm sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostariam que um programa de formação abordasse, ou seja as necessidades de formação dos profissionais das USF;
- Os instrumentos de apoio à gestão utilizados pelas USF foram caracterizados através da análise sobre os sistemas de informação e as aplicações informáticas e da implementação do manual de articulação;
- Analisaram-se os factores relacionados com o processo de contratualização da actividade das USF;
- Mediu-se a satisfação dos coordenadores em relação às condições técnicas das USF, relacionadas com os recursos físicos e humanos para a prática da actividade profissional;
- E por último e de uma forma transversal ao contexto, identificaram-se os problemas principais para os coordenadores de USF e as áreas prioritárias de mudanças na actividade das USF.

Dos resultados expostos e da análise que deles se fez pode-se concluir que a evolução que se pretendia favorecer com a Reforma de 2005 dos CSP em Portugal está, de facto, a acontecer mas, ainda, com ritmos, condições e resultados desiguais. Confirma-se, portanto, o carácter extraordinário desta Reforma, mas também os tais sinais de improbabilidade como o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010) defende.



## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

*“In moving forward, it is important to learn from the past and, in looking back, it is clear that we can do better in the future”.*

(Margaret Chan in World Health Organization, 2008c:ix)

O reconhecimento de que as políticas podem ter efeitos e consequências implica a necessidade de desenvolver investigação sobre as opções estratégicas da saúde que servem de base a reestruturações políticas do contexto da saúde e medidas de monitorização e desenvolvimento do que acontece efectivamente no terreno..

Os sistemas de saúde são por vezes demasiado *“complexos, rígidos e difíceis de mover. A sensibilidade da opinião pública em matéria de saúde, a importância dos interesses profissionais e a forma como funcionam as agendas políticas, têm constituído no passado, fortes obstáculos para a reforma desta saúde. Portanto, começar a pensar e a actuar a tempo, é indispensável no domínio da saúde”* (Marc Danzon, in Sakellarides, 2006:5). O desenvolvimento desta investigação é um contributo nesse sentido. Com a sua realização foi possível ilustrar que tem sido possível manter um bom nível de satisfação com a actual Reforma dos CSP, mas com algumas assimetrias em relação a parâmetros relacionados com o desenvolvimento organizacional das USF. Com a satisfação manifestado pelos coordenadores das USF respondentes em relação à actividade desenvolvida pela sua USF<sup>35</sup>, confirma-se a importância das USF como peça central da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, na medida em que correspondem a um processo de mudança mobilizador dos profissionais, a uma prestação de cuidados mais próxima do cidadão e a uma estrutura funcional e organizacional adaptada à prestação de cuidados de qualidade.

Todavia, o movimento de implementação de USF nem sempre tem sido acompanhado por um nível considerado adequado pelos coordenadores das USF de disponibilização de recursos físicos e humanos, assim como de instrumentos de apoio à gestão da USF (como sejam os sistemas de informação e aplicações informáticas, entre outras).

Com o intuito de obter ganhos em qualidade e racionalizar investimentos, é fundamental estimular uma prática profissional baseada na pedagogia pelo exemplo e pelo

---

<sup>35</sup> satisfeito ou muito satisfeito (83,3%, n=109)

testemunho (formação/educação por pares), com recurso a manuais de boas práticas, assim como disponibilizar formação aos profissionais das USF ajustada às necessidades apresentadas pelos próprios. Esta estratégia serve de base ao incentivo da utilização de um modelo de gestão de organizações de saúde assente na governação clínica<sup>9</sup>, onde um dos seus pontos-chave é o desenvolvimento da equipa em prol de uma prática de qualidade e eficiência.

A necessária articulação das USF com as unidades parceiras, através da implementação real do manual de articulação, é uma ferramenta essencial no desenvolvimento organizacional das USF. O manual funciona como instrumento de modernização e desburocratização, com vista a facilitar a resolução de problemas de gestão e fomentar ganhos de eficiência das USF. Este é um dos exemplos que justifica uma aposta acrescida nos instrumentos de gestão acoplados ao processo da Reforma de 2005 dos CSP.

Considera-se que este estudo é uma fotografia actual das USF em Portugal e pensa-se que é um retrato útil para a realização de um balanço sobre o que já se conseguiu obter e o que, ainda, falta alcançar. Serve de contributo para uma abordagem baseada na evidência. Pretendeu-se com esta *tese*<sup>36</sup> simplesmente *pôr* um conjunto de saberes complexos e articulados que caracterizam, o que se pensou ser, o mais relevante sobre a temática da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal, em 2010.

A mudança da conjuntura dos CSP em Portugal ocorrida no 2<sup>a</sup> trimestre do ano de 2010, com a implementação de um novo modelo de governação dos CSP, reforça a necessidade de continuar a acompanhar o processo evolutivo da Reforma de 2005 dos CSP em Portugal. Daqui advêm novas investigações quer com os parâmetros utilizados neste estudo, quer com novos focos de investigação como resposta ao processo de mudança (mais especificamente introduzindo as restantes unidades funcionais em actividade e/ou o novo modelo de governação dos CSP).

Pensa-se ser ainda pertinente, como continuação desta investigação, aproveitar-se a panóplia de informação recolhida no âmbito deste estudo e reorganizar a análise de dados tendo como foco a execução de um documento específico para cada ARS, contribuindo assim para um planeamento estratégico consistente e baseado nas necessidades específicas do contexto de cada região.

---

<sup>36</sup> Tese é um termo de origem grega (*thésis*) que significa, simplesmente “o acto de pôr” (Serrano, 2004)

Alguém disse “*para começar um grande projecto é preciso valentia. Para terminar um grande projecto é preciso perseverança.*” Em Portugal encontrou-se a valentia necessária para se começar um dos projectos mais ambiciosos da Saúde Portuguesa, encontre-se agora a perseverança para o continuar e implementar na sua plenitude. Para bem da Saúde dos Portugueses.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguiar, P. (2007). *Guia prático da estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ªEd.). Lisboa: Edições 70.
- Bilhim, J. (2006). *Teoria organizacional – estruturas e pessoas* (6ªEd.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Biscaia, A., Martins, J., Gonçalves, I., Antunes, A. & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal – Reformar para novos sucessos* (2ªEd.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Correia de Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde – O fio condutor*. Lisboa: Edições Almedina, SA.
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Ex-URSS.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, Ministério da Saúde. *Diário da República, 1.ª série - N.º 38 - 22 de Fevereiro de 2008*, 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, Ministério da Saúde. *Diário da República, 1.ª série - N.º 161 - 22 de Agosto de 2007*, 5587-5596.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro, Ministério da Saúde e Assistência.
- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, Ministério da Saúde. *Diário da República, 1.ª série A - N.º 77 - 1 de Abril de 2003*, 2118- 2127.
- Department of Health World Class Commissioning Team (2008). *The role of the Primary Care Trust board in world class commissioning*. London: World Class Commissioning Team.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªEd.). Lisboa: Lusociência.
- Goldim, J. (2006). Conflitos de interesse e suas repercussões na ciência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 3-4.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2009). *Relatório: Acontecimento extraordinário – SNS proximidade com qualidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010). *Relatório: Tempos Decisivos – SNS proximidade com qualidade – Da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hill, M. & Hill, A., (2005). *Investigação por questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílado.

- Lapão, L. (2007). Desafios da complexidade no desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde: procurando a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 755-763.
- Lapão, L. (2008). The role of complexity Dynamics in the innovation process within the new primary-care governance model in Portugal. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 13 (3), article 8, 1-12.
- Lawn, J., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul V. & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372 (9642), 917-927.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. (2ªEd.). São Paulo: Editora Atlas.
- Miguel, L. & Brito de Sá, M. (2010). *Cuidados de Saúde Primários – Reforçar e Expandir*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, 2004-2010* (2 volumes). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010b). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010c). *Etapa II da reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Nota Informativa sobre projectos-guia de Setembro a Dezembro de 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006a). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006b). *Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010). *Estatísticas Globais das Unidades de Saúde Familiar – Relatório de 8 de Fevereiro de 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo* (4ª Ed.). Lisboa: Edições Piaget.
- Peleteiro, M., Marques, R. & Galhardo, T. (2004). *Estratégias de saúde – Plano Nacional de Saúde*. In: <http://www.observaport.org>
- Pinto de Magalhães, V. (2001). *O Olhar e o Ver* (3ª Ed.). Coimbra: Edições Tenacitas.
- Pisco, L. (2007) (enquanto coordenador da MCSP). Criação de agrupamentos de centros de saúde. Palestra sobre *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de Saúde*. Viseu.
- Reis, T. (2009). As USF podem ser úteis em outros estados-membros. *Jornal Médico de Família* (online), 30-07-2009. <http://www.jmfamilia.com/index.php?option=comcontent&task=view&id=843&Itemid=27>.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, 1.ª série B - N.º 196 - 12 de Outubro de 2005, 5981-5982.

- Roberts, J L. (1998). *Terminology: A glossary of technical terms on the economics and finance of health services*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Salomé, J. (2007). *A coragem de ser autêntico* (6ª Ed.). Lisboa: Ésquilo edições e multimédia, Lda.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Charondière, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma – Uma abordagem qualitativa*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos - Comissão de avaliação das condições técnicas para a actividade dos médicos de família nos centros de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2004). *Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o exercício da Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa: Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos.
- Serrano, P. (2004). *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos* (2ª Ed.). Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Simões, J. & Barros, P. (2007). Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. *Health Systems in Transition* 9, (5). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN) (2010). *Evolução – Dê a conhecer, venha saber - nº 0*. Vila do Conde: Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional.
- Van Zwanenberg, T & Harrison, J. (2009). *Clinical Governance in Primary Care* (2ª Ed.). San Francisco, Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Vilas Boas, B. (2010). *Plano de desenvolvimento e de intervenção para 2010* (Conferencia impressa Janeiro 2010). Lisboa: Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional.
- World Health Organization (WHO=OMS) (2008c). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- Administração Regional de Saúde do Norte, IP (2009). *Proposta de Minuta de Manual de Articulação de Unidade de Saúde Familiar/Agrupamento de Centro de Saúde*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP.
- Afonso, G. (2008). Reforma dos cuidados de saúde primários, uma mudança cultural em curso. *Revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, Outubro, 9-13.
- Albuquerque, I. (2009). *A Espiritualidade no Desempenho dos Centros de Saúde e das Unidades de Saúde Familiar*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Bellini, C., Dolci, D. & Karawejczyk, T. (2004). *Teoria do Desenvolvimento Organizacional e da Cultura Organizacional*. Palestra proferida no Seminário Teorias Organizacionais. Universidade de Évora.
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Buchbinder, S., Wilson, M., Melick, C. & Powe, N. (2001). Primary Care Physician - Job Satisfaction and Turnover. *The American Journal of Managed Care*, 7 (7), 701-713.
- Christo, F. (2008). Acreditamos que é possível uma reforma de baixo para cima. *Revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, Outubro, 14-17.
- Cunha, G, Martins, M., Sousa, R. & Ferraz de Oliveira, F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 171 - 4 de Setembro de 2008, 6225-6233.
- Despacho n.º 24 101/2007 de 22 de Outubro, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 203—22 de Outubro de 2007, 30 419.
- Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 34 -16 de Fevereiro de 2006, 1256-1258.
- Dobbie, A., Kelly, P., Sylvia, E. & Freeman, J. (2006). Evaluating Family Medicine Residency - COPC Programs: Meeting the Challenge. *Family Medicine*, 38(6), 399-407.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Ministério da Saúde.
- Dussault, G. & Souza, L. (1999). *Gestão de recursos humanos em saúde*. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal.
- Esperidião, M. & Bomfim Trad, L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (sup), 303-312.
- Ferreira, P. & Antunes, P. (2009a). *Monitorização da satisfação dos profissionais das USF*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

- Ferreira, P. & Antunes, P. (2009b). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).
- Ferreira, P., Antunes, P. & Portugal, S. (2010). *O Valor dos Cuidados Primários: Perspectiva dos utilizadores das USF - 2009*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Ministério da Saúde.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Conceição, C., Furtado, C., Carreira, M. & Van Lerberghe, W. (2008). *Planeamento e Decisão em Saúde com Base em Dados, Informação & Conhecimento*. Lisboa
- Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa (2007). *Modelo de prestação de serviços de suporte técnico aos agrupamentos de centros de saúde*. Consultoria prestada à Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (2009). *Agrupamentos de centros de saúde – Proposta de plano de desempenho, documento de trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hospital do Futuro (2008). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Think Tank Saúde-em-Rede.
- Howard, M., Goertzen, J., Hutchison, B., Kaczorowski, J. & Morris, K. (2007). Patient Satisfaction with Care for Urgent Health Problems: A Survey of Family Practice Patients. *Annals of Family Medicine*, 5 (5), 419-424.
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª Ed. rev.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional da Qualidade (2004). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde - MoniQuOr*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2010). Divisão Administrativa – Divisão Estatística, [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cont\\_inst&INST=6251013](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013).
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ªEd.). Lisboa: Edições Sílado.
- Martineza, M., Paraguaya, A. & Latorre, M. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 55-61.
- Merson M., Black, R. & Mills, A. (2006). *International public health: Diseases, programs, systems, and policies* (2ªEd.). Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Ministério da Saúde (2009). *Modalidade de Pagamento – Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010a). *Metodologia de Contratualização – Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007a). *Reforma dos cuidados de saúde primários – Plano estratégico 2007 – 2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.



- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007b). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação de agrupamentos de centros de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009a). *Unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados – Cálculo de indicadores de desempenho, critérios a observar na sua implementação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009b). *Revista Missão Cuidados de Saúde Primários – Dezembro 2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Murteira, B., Ribeiro, C. & Andrade, J. (2002). *Introdução à Estatística*. Lisboa: Mac Graw Hill Portugal Lda.
- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Førde, R. & Aasland, O. (2005). Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994 – 2002. *BioMed Central - Health Services Research*, 5, 44-49.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Sistema de saúde português: riscos e incertezas – Relatório Primavera 2008*. Coimbra: Mar da Palavra, 2008.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *Relatório de primavera 2009 – 10/30 anos: Razões para continuar*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Oliveira, A., Brito Marques, C., Mauritti Múrias, M & Reis, T. (2007). *USF, as primeiras 50*. Lisboa: VFBM Comunicação, lda.
- Pencheon, D. (2008). *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators*. NHS Institute for Innovation and Improvement. United Kingdom: The Association of Public Health Observatories.
- Pereira, A., Reis, J. & Tavares, F. (Coord.) (2008). *Avaliação da Satisfação do Atendimento de Crianças com Doença Aguda na área do Grande Porto*. Porto: Departamento de Estudos e Planeamento da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.
- Pereira, A. & Poupa C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word* (3ªEd. Rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (5ªEd.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2008). Reform of Primary Health Care in Portugal - A journey through Family Medicine in Europe... *Jornal Médico de Família*, 151, 3.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (Ed. rev. e aum.). Lisboa: Gradiva.
- Serrano, A. & Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento, o novo paradigma das organizações* (3ªEd.). Lisboa: FCA - Editora de Informática.
- Silva, C. (2003). *ABC do SPSS for Windows – Introdução ao Tratamento de Dados em Ciências Sociais*. Monsaraz: Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz.
- Veloso, S. & Pestana, D. (2008). *Introdução à Probabilidade e Estatística* (3ª Ed. rev. e aum.). Edições Calouste Gulbenkian.

- World Health Organization (2008a). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2008b). Portugal's rapid progress through primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (11), 826-827.

**SÍTIOS CONSULTADOS COMO FONTES DE APOIO (em diferentes datas):**

- <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- <http://www.acss.pt>
- <http://www.apmcg.pt>
- <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php>
- <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Paginas/DefaultHome.aspx>
- <http://www.arscentro.min-saude.pt/Paginas/Inicio.aspx>
- <http://www.arslvt.min-saude.pt/Paginas/home.aspx>
- <http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>
- <http://www.egprn.org/>
- <http://www.ensp.unl.pt/>
- <http://www.equip.ch/>
- <http://www.euprimarycare.org/>
- <http://www.euro.who.int/observatory>
- <http://www.dgsaude.min-saude.pt>
- [http://www.hospitaldofuturo.com/Saude\\_home.htm](http://www.hospitaldofuturo.com/Saude_home.htm)
- <http://www.mcsp.min-saude.pt>
- <http://www.npcrdc.ac.uk/index.cfm>
- <http://www.observaport.org>
- <http://www.portaldasaude.pt>
- <http://www.sapc.ac.uk/>
- <http://www.semanamedica.com/>
- <http://www.usf-an.net/>
- <http://www.who.int>
- <http://www.woncaeurope.org/>

## **ANEXOS**

Anexo nº 1 – Dados estatísticos das USF (a 8 de Fevereiro de 2010, fonte: MSCP)

Anexo nº 2 – Questionário aplicado aos coordenadores das USF

Anexo nº 3 – Quadro sinóptico – Questionário

Anexo nº 4 – Tabelas da análise factorial multivariada

Anexo nº 5 – Resultados de cada pergunta do questionário

**NOTA:** O título da dissertação bem como os objectivos geral e específicos que constam dos anexos não se encontram formulados de acordo com o que é apresentado na dissertação. Este facto justifica-se pelo pedido realizado pela mestranda ao seu Orientador com conhecimento do Conselho de Mestrado, na pessoa da Prof. Dr. Jorge Cabral, em alterar o título e os objectivos inicialmente delineados. Este pedido foi apresentado a 06 de Outubro de 2010.

## **ANEXO Nº 1**

» Dados estatísticos das USF (a 8 de Fevereiro de 2010, fonte: MSCP)

# ESTATÍSTICA DAS USF

Data do Relatório: 08-02-2010



	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
CANDIDATURAS ENTRADAS	131	88	49	125	8	401
USF EM ACTIVIDADE	43	61	56	69	1	230

CANDIDATURAS ACTIVAS EM 08-02-2010 109

## USF EM ACTIVIDADE PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO ABRANGIDA

Situação em:	01-01-2007	01-01-2008	01-01-2009	01-01-2010	08-02-2010
PROFISSIONAIS ABRANGIDOS	808	2.019	3.152	4.595	4.615
MÉDICOS	286	712	1.115	1.634	1.641
ENFERMEIROS	292	738	1.140	1.658	1.665
SECRETÁRIOS CLÍNICOS	230	569	896	1.303	1.309
POPULAÇÃO ABRANGIDA	500.129	1.261.752	1.969.755	2.880.422	2.894.983
GANHO POTENCIAL	64.618	155.819	207.583	345.428	347.384

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

## USF em actividade por Modelo

Data do Relatório: 08-02-2010



ARS	USF em Actividade	Mod A	Mod B
<b>ALENTEJO</b>			
BEJA	1	0	1
ÉVORA	3	3	0
PORTALEGRE	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>ALGARVE</b>			
FARO	8	7	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>CENTRO</b>			
AVEIRO	6	5	1
COIMBRA	10	6	4
GUARDA	1	1	0
LEIRIA	2	0	2
VISEU	7	5	2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>9</b>

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

ARS	USF em Actividade	Mod A	Mod B
<b>LVT</b>			
LEIRIA	8	6	2
LISBOA	44	32	12
SANTARÉM	10	4	6
SETÚBAL	18	7	11
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>49</b>	<b>31</b>

<b>NORTE</b>			
AVEIRO	15	8	7
BRAGA	29	12	17
BRAGANÇA	1	1	0
PORTO	58	23	35
VIANA DO CASTELO	6	5	1
VILA REAL	1	1	0
VISEU	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>51</b>	<b>60</b>

**RESUMO NACIONAL**

<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>128</b>	<b>102</b>
--------------	------------	------------	------------

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

**Profissionais de USF em Actividade**

Data do Relatório: 08-02-2010



ARS	Nº USF	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
ALENTEJO	5	108	38	40	30
ALGARVE	8	162	55	56	51
CENTRO	26	497	178	180	139
LVT	80	1.679	601	598	480
NORTE	111	2.171	770	792	609
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>4.617</b>	<b>1.642</b>	<b>1.666</b>	<b>1.309</b>

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

## Utentes de USF em Actividade

Data do Relatório: 08-02-2010



ARS	Nº USF	Utentes Antes USF	Utentes USF Potenciais	Ganho	% Ganho
ALENTEJO	5	55.136	66.570	11.434	20,74%
ALGARVE	8	77.873	93.201	15.328	19,68%
CENTRO	26	282.465	317.348	34.883	12,35%
LVT	80	909.971	1.070.456	160.485	17,64%
NORTE	111	1.222.046	1.348.551	126.505	10,35%
TOTAL	230	2.547.491	2.896.126	348.635	13,69%

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

## Profissionais de USF Em Actividade (Média)

Data do Relatório: 08-02-2010



ARS	Nº USF	Profissionais por USF	Médicos por USF	Enfermeiros por USF	Administrativos por USF
ALENTEJO	5	21,6	7,6	8,0	6,0
ALGARVE	8	20,3	6,9	7,0	6,4
CENTRO	26	19,1	6,8	6,9	5,3
LVT	80	21,0	7,5	7,5	6,0
NORTE	111	19,6	6,9	7,1	5,5
MÉDIA	230	20,3	7,2	7,3	5,8

MCSP - NACIONAL

08-02-2010

## **ANEXO N° 2**

» Questionário aplicado aos coordenadores das USF



**Caro colega,**

A **Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)** tem como objectivo promover o intercâmbio, o desenvolvimento e a valorização dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e secretários clínicos) que constituem as USF (Unidades de Saúde Familiar).

Vivemos um **momento crucial** na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e é, mais do que nunca, fundamental fazer um balanço de todo o processo.

Neste sentido, **vimos solicitar que, como coordenador de uma USF**, responda a um **questionário** de avaliação do **Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários-2009/2010**. Este questionário vai, igualmente, fornecer dados fundamentais para que a USF-AN possa desenvolver estratégias e instrumentos de apoio às USF.

Os resultados do questionário serão divulgados a cada USF através de um relatório detalhado com todos os resultados.

A sua experiência e conhecimento, enquanto coordenador de uma USF, são essenciais para esta avaliação. A sua resposta é, portanto, muito importante para o sucesso deste estudo. O estudo é de participação **voluntária** (mas lembramos que um grande número de respostas é sempre um factor importante para a relevância de um estudo desta natureza) e **anónimo** (dado o modo como solicitámos que obtivesse a sua palavra-passe/password torna-se impossível conseguir atribuir uma resposta a uma USF). Os resultados serão divulgados agregando os dados de cada ARS. O questionário demora cerca de 20 minutos a ser respondido

**Para responder** ao questionário, primeiro deverá ir ao endereço <http://sites.google.com/site/webcodequest/> e seguir as instruções para criar um código alfanumérico. Depois, vá a <http://sites.google.com/site/questionariosfan/home>, introduza esse código no espaço correspondente e preencha o questionário. No final carregue em "Enviar"/"Submit".

Atendendo que ao iniciar o questionário deverá responder a todas as questões de uma só vez, porque só será possível guardar as suas respostas após carregar em "Enviar"/"Submit", aconselhamos a imprimir o questionário <http://sites.google.com/site/questionariosfan/home/questionario-em-pdf> e preenchê-lo manualmente, antes de enviá-lo via on-line.

Em caso de alguma dúvida ou comentário queira contactar-nos para [questionariosfan@sapo.pt](mailto:questionariosfan@sapo.pt)

Por favor responda até dia **13 de Fevereiro de 2010**.

**Gratos pela Sua disponibilidade**

USF-AN

Lisboa, 18 de Janeiro 2010

## **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários 2009/2010**

Questionário anónimo para ser respondido pelo coordenador da USF

### **A - Geral**

**A1 - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar, em termos gerais:**

- 1 – Muito insatisfeito/a
- 2 – Insatisfeito/a
- 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a
- 4 – Satisfeito/a
- 5 – Muito satisfeito/a
- 6 – Não responde

**A2 - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:**

(selecione a opção mais correcta)

- 1 – Muito insatisfeito
- 2 – Insatisfeito
- 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – Satisfeito
- 5 – Muito satisfeito
- 6 – Não responde

**A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?**

(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)

	1	2	3	4	5	Não Responde
A3.1 – Formação						
A3.2 – Instalações						
A3.3 – Acreditação						
A3.4 – Equipamentos						
A3.5 – Contratualização						
A3.6 - Carteiras Adicionais						
A3.7 - Incentivos Financeiros						
A3.8 - Actividades Específicas						
A3.9 - Incentivos Institucionais						
A3.10 - Sistemas de Informação						
A3.11 - Articulação com o ACES						
A3.12 - Mobilidade dos Profissionais para as USF						
A3.13 - Proliferação de Unidades Locais de Saúde						
A3.14 - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma						
A3.15 - Outros (pode ser uma explicitação destes)						

## B - Formação

### B1 - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?

(selecione a opção mais correcta)

- 1 – Muito insatisfeito/a
- 2 – Insatisfeito/a
- 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a
- 4 – Satisfeito/a
- 5 – Muito satisfeito/a
- 6 – Não responde

### B2 - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse?

(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)

	1	2	3	4	5	Não Responde
B2.1 - Coesão da equipa multiprofissional						
B2.2 - Liderança						
B2.3 - Auto-avaliação						
B2.4 - Implementação de orientações clínicas comuns						
B2.5 - Dificuldades no atendimento						
B2.6 - Dificuldades na gestão da consulta						
B2.7 - Optimização dos tempos de espera						
B2.8 - Reuniões ineficazes						
B2.9 - Falhas na comunicação						
B2.10 - Gestão de conflitos						
B2.11 - Alinhamento da equipa com objectivos comuns						
B2.12 - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família						
B2.13 - Desenvolvimento do papel do secretário clínico						
B2.14 - Sistemas da qualidade						
B2.15 - Outros (pode ser uma explicitação destes)						

## C – Qualidade/Satisfação/Sistemas de Informação

### C1 - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não responde

**C2 - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar:**

(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)

	1	2	3	4	5	Não Responde
C2.1 - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)						
C2.2 - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)						
C2.3 - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)						
C2.4 - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)						
C2.5 - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)						
C2.6 - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)						
C2.7 - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)						
C2.8 - Outros						

**C3 - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar:**

(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)

	1	2	3	4	5	Não Responde
C3.1 - A pontualidade de cada grupo profissional						
C3.2 - O horário de atendimento de cada grupo profissional						
C3.3 - A competência de cada grupo profissional						
C3.4 - A simpatia de cada grupo profissional						
C3.5 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional						
C3.6 - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional						
C3.7 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional						
C3.8 - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional						
C3.9 - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional						
C3.10 - A facilidade em marcar uma consulta na USF						
C3.11 - A facilidade em falar pelo telefone para a USF						

**C3 - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar: (continuação)** (Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)

	1	2	3	4	5	Não Responde
C3.12 - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF						
C3.13 - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF						
C3.14 - O tempo de espera para atendimento						
C3.15 - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos						
C3.16 - O conforto da USF						
C3.17 - A limpeza da USF						
C3.18 – Outros						

**C4 - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:**

C4.1 - em 2009:

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não responde

C4.2 - em 2008:

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - A USF não estava em funcionamento neste ano
- 4 - Não responde

**C5 - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP:**

C5.1 - em 2009

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não responde

C5.2 - em 2008

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - A USF não estava em funcionamento neste ano
- 4 - Não responde

**C6 - A USF tem Manuais de Boas Práticas?**

- 1 - Sim, para todas as áreas importantes
- 2 - Sim, para a maioria das áreas importantes
- 3 - Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes
- 4 - Não, não tem nenhuma
- 5 - Não responde

**C7 - Qual a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF:**

- 1 - Medicine One
- 2 - Vitacare
- 3 - SAM/SAPE
- 4 - Não responde

**C8 - Em relação a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:**

(selecione a opção mais correcta)

- 1 – Muito insatisfeito
- 2 – Insatisfeito
- 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – Satisfeito
- 5 – Muito satisfeito
- 6 – Não responde

**C9 - Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:**

(selecione a opção mais correcta)

- 1 – Muito insatisfeito
- 2 – Insatisfeito
- 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – Satisfeito
- 5 – Muito satisfeito
- 6 – Não responde

**C10 - Indique as três principais áreas que alteraria para melhorar o funcionamento da sua USF:**

.....  
.....

**D - Manual de Articulação**

**D1 - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?**

- 1 - Sim (se respondeu “Sim” passe para a questão D2)
- 2 - Não (se respondeu “Não” passe para a questão E1)
- 3 - Está actualmente em discussão (se respondeu “Está actualmente em discussão” passe para a questão E1)
- 4 - Não responde

**D2 - O Manual de Articulação foi:**

- 1 - Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes
- 2 - Mais ou menos imposto pelo CS / ACES
- 3 - Outra. Qual?
- 4 - Não responde

**D3 - O Manual de Articulação tem sido:**

(selecione a opção mais correcta)

- 1 - Inútil
- 2 - Pouco útil
- 3 - Útil
- 4 - Muito útil
- 5 - Não responde

**D4 - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?**

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não responde

**E – Contratualização**(Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes frases)

**E1 - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**E2 - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**E3 - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**E4 - A Contratualização é uma negociação transparente.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**E5 - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**E6 - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**F - Condições Técnicas para a Actividade dos Profissionais de Saúde na USF**

(Por favor, indique o seu grau de concordância com as seguintes frases)

**F1 - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**F2 - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde.**

- 1 - Muito de acordo
- 2 - De acordo
- 3 - Nem de acordo nem em desacordo
- 4 - Em desacordo
- 5 - Muito em desacordo
- 6 - Não responde

**G - Condições Laborais dos Profissionais de Saúde na USF**

**G1 – Na USF onde trabalho o número de profissionais é de:**

Assistentes Técnicos \_\_\_\_\_  
Enfermeiros \_\_\_\_\_  
Médicos \_\_\_\_\_

**G2 – Na USF onde trabalho o número de profissionais não providos em lugar do quadro (sem vínculo definitivo à Função Pública) é de:**

Assistentes Técnicos \_\_\_\_\_  
Enfermeiros \_\_\_\_\_  
Médicos \_\_\_\_\_

**H - Para conhecer melhor a sua USF**

**H1 - A minha USF é da ARS:**

- 1 - Norte
- 2 - Centro
- 3 - Lisboa e Vale do Tejo
- 4 - Alentejo
- 5 - Algarve
- 6 - Não responde



**H2 - A minha USF é de:**

- 1 - Modelo A
- 2 - Modelo B
- 3 - Não responde

**H3 - A minha USF iniciou funções em:**

- 1 - 2006
- 2 - 2007
- 3 - 2008
- 4 - 2009
- 5 - Não responde

## **ANEXO N° 3**

» Quadro sinóptico - Questionário

## QUADRO SINOPTICO - QUESTIONÁRIO

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 1	<b>A1 - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, considera estar, em termos gerais:</b>	Satisfação global dos profissionais com a Reforma de 2005 dos CSP	Qualitativa	Ordinal: 1 – Muito insatisfeito/a 2 – Insatisfeito/a 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a 4 – Satisfeito/a 5 – Muito satisfeito/a 6 – Não responde
Nº 1	<b>A2 - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:</b>	Satisfação global dos profissionais com a actividade da sua USF	Qualitativa	Ordinal: 1 – Muito insatisfeito/a 2 – Insatisfeito/a 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a 4 – Satisfeito/a 5 – Muito satisfeito/a 6 – Não responde
Nº 7	<b>A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?</b> A3.1 - Formação A3.2 - Instalações A3.3 - Acreditação A3.4 - Equipamentos A3.5 - Contratualização A3.6 - Carteiras adicionais A3.7 - Incentivos financeiros A3.8 - Actividades específicas A3.9 - Incentivos institucionais A3.10 - Sistemas de informação A3.11 - Articulação com o ACES A3.12 - Mobilidade dos profissionais para as USF A3.13 - Proliferação de unidades locais de saúde A3.14 - Remunerações, no que se refere aos 13º/14º meses e reforma A3.15 - Outros (pode ser alguma explicitação destes)	Problemas-Chave das USF	Qualitativa	Ordinal: (Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final) 1 – <input type="checkbox"/> 2 – <input type="checkbox"/> 3 – <input type="checkbox"/> 4 – <input type="checkbox"/> 5 – <input type="checkbox"/> 6 – Não responde – <input type="checkbox"/> - Outros (categorização com análise conteúdo)

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 3	<b>B1 - Como classifica a sua experiência, em termos gerais, quanto às acções de formação dirigidas a USF que frequentou nos últimos dois anos?</b>	Qualidade da formação dirigida às USF	Qualitativa	Ordinal: 1 – Muito insatisfeito/a 2 – Insatisfeito/a 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a 4 – Satisfeito/a 5 – Muito satisfeito/a 6 – Não responde
Nº 3	<b>B2 - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse?</b> B2.1 - Coesão da equipa multiprofissional B2.2 - Liderança B2.3 - Auto-avaliação B2.4 - Implementação de orientações clínicas comuns B2.5 - Dificuldades no atendimento B2.6 - Dificuldades na gestão da consulta B2.7 - Optimização dos tempos de espera B2.8 - Reuniões ineficazes B2.9 - Falhas na comunicação B2.10 - Gestão de conflitos B2.11 - Alinhamento da equipa com objectivos comuns B2.12 - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família B2.13 - Desenvolvimento do papel do secretário clínico B2.14 - Sistemas da qualidade B2.15 - Outros (pode ser alguma explicitação destes)	Necessidades de formação nas USF	Qualitativa	Ordinal: (Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final) 1 – <input type="checkbox"/> 2 – <input type="checkbox"/> 3 – <input type="checkbox"/> 4 – <input type="checkbox"/> 5 – <input type="checkbox"/> 6 – Não responde – <input type="checkbox"/>  - Outros (categorização com análise conteúdo)
Nº 2	<b>C1 - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?</b>	Relevância da área da qualidade dos serviços prestados nas USF	Qualitativa	Nominal/tricotómica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não responde

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 2	<p><b>C2 - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar:</b></p> <p>C2.1 - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)</p> <p>C2.2 - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)</p> <p>C2.3 - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)</p> <p>C2.4 - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm de realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)</p> <p>C2.5 - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)</p> <p>C2.6 - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)</p> <p>C2.7 - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)</p> <p>C2.8 – Outros</p>	Áreas de um questionário de satisfação no trabalho	Qualitativa	<p>Ordinal:</p> <p>(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)</p> <p>1 – <input type="checkbox"/></p> <p>2 – <input type="checkbox"/></p> <p>3 – <input type="checkbox"/></p> <p>4 – <input type="checkbox"/></p> <p>5 – <input type="checkbox"/></p> <p>6 – Não responde – <input type="checkbox"/></p> <p>- Outros (categorização com análise conteúdo)</p>
Nº 2	<p><b>C3 - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar:</b></p> <p>C3.1 - A pontualidade de cada grupo profissional</p> <p>C3.2 - O horário de atendimento de cada grupo profissional</p> <p>C3.3 - A competência de cada grupo profissional</p>	Áreas de um questionário de satisfação do cidadão	Qualitativa	<p>Ordinal:</p> <p>(Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante; se considerar outros itens, escreva-os no final)</p>

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
	C3.4 - A simpatia de cada grupo profissional C3.5 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional C3.6 - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional C3.7 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional C3.8 - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional C3.9 - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional C3.10 - A facilidade em marcar uma consulta na USF C3.11 - A facilidade em falar pelo telefone para a USF C3.12 - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF C3.13- A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF C3.14 - O tempo de espera para atendimento C3.15 - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos C3.16 - O conforto da USF C3.17 - A limpeza da USF C3.18 – Outros			1 – <input type="checkbox"/> 2 – <input type="checkbox"/> 3 – <input type="checkbox"/> 4 – <input type="checkbox"/> 5 – <input type="checkbox"/> 6 – Não responde – <input type="checkbox"/> - Outros (categorização com análise conteúdo)
Nº 2	<b>C4 - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:</b> C4.1 - em 2009 C4.2 - em 2008	Realização de avaliações da satisfação dos cidadãos	Qualitativa	Nominal: 1 - Sim 2 - Não 3 - A USF não estava em funcionamento neste ano (opção Em 2008) 4 - Não responde

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 2	<b>C5 - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP:</b> C5.1 - em 2009 C5.2 - em 2008	Realização de avaliações da satisfação dos profissionais	Qualitativa	Nominal: 1 - Sim 2 - Não 3 - A USF não estava em funcionamento neste ano (opção Em 2008) 4 - Não responde
Nº 2 E Nº 4	<b>C6 - A USF tem Manuais de Boas Práticas?</b>	Instrumentos de apoio à gestão – Manual de Boas Práticas	Qualitativa	Ordinal: 1 - Sim, para todas as áreas importantes 2 - Sim, para a maioria áreas importantes 3 - Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes 4 - Não, não tem nenhuma 5 - Não responde
Nº 4	<b>C7 - Qual a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF:</b>	Sistema de informação utilizado	Qualitativa	Nominal: 1 - Medicine One 2 - Vitacare 3 - SAM/SAPE 4 - Não responde
Nº 4	<b>C8 - Em relação a aplicação informática de apoio à consulta em uso na sua USF, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:</b>	Satisfação dos profissionais quanto ao sistema de informação	Qualitativa	Ordinal: 1 – Muito insatisfeito/a 2 – Insatisfeito/a 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a 4 – Satisfeito/a 5 – Muito satisfeito/a 6 – Não responde
Nº 4	<b>C9 - Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:</b>	Satisfação dos profissionais quanto ao Alert P1	Qualitativa	Ordinal: 1 – Muito insatisfeito/a 2 – Insatisfeito/a 3 – Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a 4 – Satisfeito/a

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
				5 – Muito satisfeito/a 6 – Não responde
Nº 7	<b>C10 - Indique as três principais áreas que alteraria para melhorar o funcionamento da sua USF:</b>	Áreas de mudança na USF	Qualitativa	(categorização com análise conteúdo)
Nº 4	<b>D1 - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?</b>	Existência do manual de articulação	Qualitativa	Nominal: 1 - Sim (se respondeu “Sim” passe para questão D2) 2 - Não (se respondeu “Não” passe para questão E1) 3 - Está actualmente em discussão (se respondeu “Está actualmente em discussão” passe para a questão E1) 4 - Não responde
Nº 4	<b>D2 - O Manual de Articulação foi:</b>	Processo de implementação do manual de articulação	Qualitativa	Nominal: 1 - Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes 2 – Mais/menos imposto pelo CS/ACES 3 - Outra. Qual? 4 - Não responde - Outros (categorização com análise conteúdo)
Nº 4	<b>D3 - O Manual de Articulação tem sido:</b>	Utilidade do manual de articulação	Qualitativa	Ordinal: 1 - Inútil 2 - Pouco útil 3 - Útil 4 - Muito útil 5 - Não responde
Nº 4	<b>D4 - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?</b>	Consequências da utilização do manual de articulação	Qualitativa	Nominal/tricotómica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não responde



Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 5	<b>E1 - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.</b>	Contratualização associada à qualidade	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 5	<b>E2 - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.</b>	Processo de contratualização	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 5	<b>E3 - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.</b>	Utilidade do sistema informático face ao indicadores contratualizados	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 5	<b>E4 - A contratualização é uma negociação transparente.</b>	Transparência do processo de contratualização	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 5	<b>E5 - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.</b>	Padronização das metas das USF	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
				4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 5	<b>E6 - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.</b>	Metas dos indicadores económicos	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 6	<b>F1 - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde.</b>	Condições físicas de trabalho na USF	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 6	<b>F2 - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde.</b>	Condições de equipamento de trabalho na USF	Qualitativa	Ordinal: 1 - Muito de acordo 2 - De acordo 3 - Nem de acordo nem em desacordo 4 - Em desacordo 5 - Muito em desacordo 6 - Não responde
Nº 6	<b>G1 – Na USF onde trabalho o número de profissionais é de:</b> Assistentes Técnicos _____ Enfermeiros _____ Médicos _____	Número de profissionais na USF	Quantitativa	Rácio (número inteiro)

Objectivos Específicos	Questões	Variável	Tipo de variável	Escala de medida e codificação
Nº 6	<b>G2 – Na USF onde trabalho o número de profissionais não providos em lugar do quadro (sem vínculo definitivo à Função Pública) é de:</b> Assistentes Técnicos _____ Enfermeiros _____ Médicos _____	Número de profissionais não providos na USF	Quantitativa	Rácio (número inteiro)
Geral	<b>H1 - A minha USF é da ARS:</b>	Região da USF	Qualitativa	Nominal: 1 - Norte 2 - Centro 3 - Lisboa e Vale do Tejo 4 - Alentejo 5 - Algarve 6 - Não responde
Geral	<b>H2 - A minha USF é de:</b>	Modelo da USF	Qualitativa	Nominal: 1 - Modelo A 2 - Modelo B 3 - Não responde
Geral	<b>H3 - A minha USF iniciou funções em:</b>	Ano de início de actividade da USF	Qualitativa	Nominal: 1 - 2006 2 - 2007 3 - 2008 4 - 2009 5 - Não responde

## **ANEXO Nº 4**

» Tabelas da análise factorial multivariada

## **TABELAS DA ANÁLISE FACTORIAL MULTIVARIADA**

### **Variáveis Caracterizadoras do Desenvolvimento Organizacional das USF**

#### **Rotated Component Matrix-DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL**

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Pergunta A3.1</b> - Formação	,238	-,072	-,040	,322	,191	-,351	,267	-,078	,100	,014
<b>Pergunta A3.2</b> - Instalações	,156	,123	,221	,190	,178	-,045	,001	,042	,741	-,046
<b>Pergunta A3.3</b> - Acreditação	-,070	,362	,257	-,078	,104	-,139	-,017	,490	,247	,174
<b>Pergunta A3.4</b> - Equipamentos	,210	,048	,048	,104	-,005	,005	,212	,044	,828	-,055
<b>Pergunta A3.5</b> - Contratualização	,344	,235	,311	,168	,331	,023	-,140	,428	,234	-,016
<b>Pergunta A3.6</b> - Carteiras Adicionais	-,116	-,028	,337	,260	,456	,329	,303	,089	,171	-,020
<b>Pergunta A3.7</b> - Incentivos Financeiros	,229	,115	,181	,087	,837	-,044	,014	,122	,027	-,097
<b>Pergunta A3.8</b> - Actividades Específicas	-,018	,199	,439	-,097	,421	-,020	,231	,114	-,068	-,035
<b>Pergunta A3.9</b> - Incentivos Institucionais	,297	,063	,038	-,008	,845	,052	,044	,040	,072	,098
<b>Pergunta A3.10</b> - Sistemas de Informação	,546	,227	-,090	,262	,158	,003	-,051	,177	,275	-,179
<b>Pergunta A3.11</b> - Articulação com o ACES	,169	,043	,124	,174	,101	,250	,148	,225	,061	-,159
<b>Pergunta A3.12</b> - Mobilidade dos Profissionais para as USF	,076	-,072	,109	,035	,103	,068	,006	-,029	-,009	,013
<b>Pergunta A3.13</b> - Proliferação de ULS	-,123	,173	-,007	-,230	,320	-,093	-,048	,177	,056	,027
<b>Pergunta A3.14</b> - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	,436	-,124	-,113	,193	,528	,012	,039	,006	,111	,167
<b>Pergunta B1</b> - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?	-,032	-,078	,027	,036	-,009	-,110	-,063	,001	-,065	,010
<b>Pergunta B2.1</b> - Coesão da equipa multiprofissional	,167	-,021	,136	,161	,149	-,126	,749	,147	,113	,102
<b>Pergunta B2.2</b> - Liderança	,129	,194	-,110	,595	,008	-,135	,312	,308	-,103	,026
<b>Pergunta B2.3</b> - Auto-avaliação	,081	,093	,201	,197	,168	,022	,042	,735	-,032	,009
<b>Pergunta B2.4</b> - Implementação de orientações clínicas comuns	,098	,015	,183	,229	,090	-,172	-,052	,446	-,366	,492
<b>Pergunta B2.5</b> - Dificuldades no atendimento	-,071	,323	,179	,256	,277	,274	,183	,253	,243	,398
<b>Pergunta B2.6</b> - Dificuldades na gestão da consulta	-,179	-,052	,301	,688	,014	,008	,084	,225	,057	,206
<b>Pergunta B2.7</b> - Optimização dos tempos de espera	-,005	-,051	,125	,801	,041	,078	,062	-,100	,053	,022
<b>Pergunta B2.8</b> - Reuniões ineficazes	,165	,081	-,061	,784	,089	-,007	,236	,010	,132	,135
<b>Pergunta B2.9</b> - Falhas na comunicação	,054	,216	,051	,301	,013	-,047	,223	,039	,009	,291
<b>Pergunta B2.10</b> - Gestão de conflitos	,092	,067	-,141	,183	-,107	-,001	,585	,106	,319	,307

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Pergunta B2.11</b> - Alinhamento da equipa com objectivos comuns	,272	-,133	,009	,273	,033	-,008	,723	,059	,056	,234
<b>Pergunta B2.12</b> - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	,110	-,090	-,020	,150	-,025	-,020	,082	,108	-,037	,849
<b>Pergunta B2.13</b> - Desenvolvimento do papel do secretário clínico	-,058	,177	,162	,067	,088	,020	,279	,296	,006	,565
<b>Pergunta B2.14</b> - Sistemas da qualidade	,232	-,003	,083	-,057	-,010	,004	,084	,797	,017	,259
<b>Pergunta C2.1</b> - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	,598	,040	,013	,104	,228	,348	,085	,215	,235	-,075
<b>Pergunta C2.2</b> - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	,393	,126	,243	-,185	,231	,028	,001	,384	,129	-,028
<b>Pergunta C2.3</b> - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	,605	,116	,168	-,151	,172	,141	,369	,125	,116	,024
<b>Pergunta C2.4</b> - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	,270	,302	,125	-,223	,225	,127	,205	-,085	,472	,165
<b>Pergunta C2.5</b> - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	,616	,022	,128	-,172	,256	-,177	,032	-,031	,176	-,054
<b>Pergunta C2.6</b> - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	,531	,392	,116	-,145	-,205	,123	,001	,365	,057	-,235
<b>Pergunta C2.7</b> - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	,516	,391	,091	-,059	,039	,041	-,010	,220	-,040	-,324
<b>Pergunta C3.1</b> - A pontualidade de cada grupo profissional	,174	,141	,639	-,025	-,168	-,034	,123	,357	,037	-,078
<b>Pergunta C3.2</b> - O horário de atendimento de cada grupo profissional	,256	,360	,450	-,034	-,142	,252	-,140	,204	,173	,237
<b>Pergunta C3.3</b> - A competência de cada grupo profissional	,556	,567	-,053	,019	-,032	,169	,113	,065	,104	-,008
<b>Pergunta C3.4</b> - A simpatia de cada grupo profissional	,515	,288	,273	,123	,196	,151	,210	-,038	,139	,082

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Pergunta C3.5</b> - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	,818	,038	,057	,101	,171	,106	,166	,091	,077	,209
<b>Pergunta C3.6</b> - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	,793	,170	,369	,113	,115	,046	,091	,181	,103	-,058
<b>Pergunta C3.7</b> - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	,787	,176	,258	-,003	,005	-,123	,095	-,060	-,023	,222
<b>Pergunta C3.8</b> - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	,209	,110	,775	,135	,122	-,075	,070	,064	,159	,124
<b>Pergunta C3.9</b> - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	,464	,123	,552	,157	,114	-,139	-,119	,178	-,052	,014
<b>Pergunta C3.10</b> - A facilidade em marcar uma consulta na USF	,362	,363	,643	,077	,035	-,114	,028	,086	-,052	-,069
<b>Pergunta C3.11</b> - A facilidade em falar pelo telefone para a USF	,137	,879	,204	,027	,033	-,008	-,094	,063	,024	-,130
<b>Pergunta C3.12</b> - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	,149	,879	,180	,028	,101	,077	-,001	,048	,031	,066
<b>Pergunta C3.13</b> - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	,192	,880	,193	,011	,042	,043	,004	,066	,066	,068
<b>Pergunta C3.14</b> - O tempo de espera para atendimento	,154	,248	,764	,031	,238	-,079	-,128	,073	,121	,051
<b>Pergunta C3.15</b> - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	,593	,178	,471	-,016	,140	-,064	,177	,005	-,122	-,013
<b>Pergunta C3.16</b> – O conforto da USF	,284	,508	,175	-,039	,144	,032	,088	-,026	,259	-,038
<b>Pergunta C3.17</b> - A limpeza da USF	,526	,297	,134	-,061	,164	-,139	,062	-,026	,230	-,006
<b>Pergunta C8</b> – Em relação à aplicação informática de apoio à consulta na sua USF, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	,114	-,011	,181	,102	-,058	-,648	-,011	,032	,036	,061
<b>Pergunta C9</b> – Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	,034	-,124	-,004	-,061	-,133	-,183	-,375	,210	,171	,120
<b>Pergunta E1</b> - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	,136	-,011	-,108	,041	-,064	,337	,678	-,208	,008	-,238
<b>Pergunta E2</b> - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	,059	,084	-,051	,064	,030	,853	-,036	,038	-,071	-,023

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Pergunta E3</b> - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.	-,043	,017	-,065	-,106	-,019	,305	,057	-,005	-,080	,167
<b>Pergunta E4</b> - A Contratualização é uma negociação transparente.	,103	,037	-,057	-,005	-,019	,861	,063	-,062	,086	,030
<b>Pergunta E5</b> - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	-,030	,056	-,213	-,084	,010	-,124	-,024	,068	-,176	,022
<b>Pergunta E6</b> - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.	-,084	-,048	,002	,023	-,116	-,026	,031	,023	,011	-,149
<b>Pergunta F1</b> - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde	,095	,130	,013	,089	,069	-,025	-,093	,134	,103	-,123
<b>Pergunta F2</b> - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde	-,018	-,015	,065	,073	-,042	,245	,009	-,017	,214	-,046

Fonte: Output do Programa Estatístico SPSS (versão 17.0)

## VARIÁVEIS CARACTERIZADORAS DO SATISFAÇÃO COM A REFORMA DOS CSP

Rotated Component Matrix-SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS			
	Component		
	1	2	3
<b>Pergunta A1</b> - Em relação ao momento actual da Reforma dos CSP em termos gerais, estou:	,811	,224	-,115
<b>Pergunta A2</b> - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	,124	,219	,789

Fonte: Output do Programa Estatístico SPSS (versão 17.0)



## **ANEXO Nº 5**

» Resultados de cada pergunta do questionário

## **RESULTADOS DE CADA PERGUNTA DO QUESTIONÁRIO**

1 - SATISFAÇÃO COM A REFORMA DOS CSP .....	122
1.1 – Resultados Totais.....	122
1.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	122
1.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	122
1.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF.....	122
2 – SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM A ACTIVIDADE DA USF .....	123
2.1 – Resultados Totais.....	123
2.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	123
2.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	123
2.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF.....	123
3 - IDENTIFICAÇÃO DE PREOCUPAÇÕES E PRIORIDADES.....	124
3.1 – Resultados Totais.....	124
3.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF.....	125
3.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	126
3.4 – Média dos Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	126
4 - SATISFAÇÃO COM A FORMAÇÃO RECEBIDA .....	127
4.1 – Resultados Totais.....	127
4.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	127
4.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	127
4.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF.....	127
5 - NECESSIDADES DE FORMAÇÃO .....	128
5.1 – Resultados Totais.....	128
5.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF.....	129
5.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	129
5.4 – Média dos Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	130
6 – PRESENÇA DA ÁREA DA QUALIDADE.....	130
6.1 – Resultados Totais.....	130
6.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	130
6.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	131
6.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF.....	131
7 – PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO .	131
7.1 – Resultados Totais.....	131
7.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF.....	132
7.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	133
7.4 – Média dos Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	133
8 – PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO ....	134
8.1 – Resultados Totais.....	134
8.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF.....	135
8.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	136
8.4 – Média dos Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	137
9 – OCORRÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO .....	137
9.1 – Resultados Totais.....	137
9.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	138
9.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	138
9.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF.....	138

10 – OCORRÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO .....	139
10.1 – Resultados Totais .....	139
10.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	139
10.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	139
10.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	139
11 – EXISTÊNCIA DE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS .....	140
11.1 – Resultados Totais .....	140
11.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	140
11.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	140
11.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	140
12 – IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E APLICAÇÕES INFORMÁTICAS .....	141
12.1 – Resultados Totais .....	141
13 – ÁREAS DE ACTIVIDADE FUNCIONAL DA USF A ALTERAR .....	141
13.1 – Resultados Totais .....	141
14 – EXISTÊNCIA DE MANUAL DE ARTICULAÇÃO NA USF .....	142
14.1 – Resultados Totais .....	142
14.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	142
14.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	143
14.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	143
15 – PROCESSO DE EXECUÇÃO DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO .....	143
15.1 – Resultados Totais .....	143
15.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	143
15.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	144
15.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	144
16 – UTILIDADE DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO .....	144
16.1 – Resultados Totais .....	144
16.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	144
16.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	144
16.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	145
17 – COMPLEXIDADE DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO .....	145
17.1 – Resultados Totais .....	145
17.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	145
17.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	145
17.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	145
18 – PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO .....	146
18.1 – Resultados Totais .....	146
18.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	147
18.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	148
18.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	149
19 – RECURSOS FÍSICOS PARA A ACTIVIDADE PROFISSIONAL NA USF .....	149
19.1 – Resultados Totais .....	149
19.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF .....	150
19.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF .....	150
19.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF .....	150
20 – CARACTERÍSTICAS DOS RECURSOS HUMANOS DA USF .....	151
20.1 – Resultados Totais .....	151
21 – CARACTERÍSTICAS DAS USF .....	151
21.1 – Resultados Totais .....	151

## **1 - SATISFAÇÃO COM A REFORMA DOS CSP**

### **1.1 – Resultados Totais**

<b>Pergunta A1</b> (n=107) - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estou, em termos gerais:	Muito insatisfeito/a	4,7%
	Insatisfeito/a	23,4%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	12,1%
	Satisfeito/a	52,3%
	Muito satisfeito/a	7,5%

### **1.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF**

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta A1</b> (n=107) - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estou, em termos gerais:	Muito insatisfeito/a	1,9%	17,6%	,0%	,0%	50,0%
	Insatisfeito/a	18,5%	41,2%	27,6%	,0%	,0%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	11,1%	17,6%	10,3%	33,3%	,0%
	Satisfeito/a	57,4%	23,5%	55,2%	66,7%	50,0%
	Muito satisfeito/a	11,1%	,0%	6,9%	,0%	,0%

### **1.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF**

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta A1</b> (n=107) - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estou, em termos gerais:	Muito insatisfeito/a	3,8%	6,0%
	Insatisfeito/a	26,4%	22,0%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	18,9%	6,0%
	Satisfeito/a	47,2%	56,0%
	Muito satisfeito/a	3,8%	10,0%

### **1.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF**

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta A1</b> (n=107) - Em relação ao momento actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estou, em termos gerais:	Muito insatisfeito/a	6,4%	,0%
	Insatisfeito/a	24,4%	21,7%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	15,4%	4,3%
	Satisfeito/a	47,4%	65,2%
	Muito satisfeito/a	6,4%	8,7%

## **2 – SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS COM A ACTIVIDADE DA USF**

### **2.1 – Resultados Totais**

<b>Pergunta A2</b> (n=132) - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	3,8%
	Insatisfeito/a	6,1%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	6,8%
	Satisfeito/a	59,8%
	Muito satisfeito/a	23,5%

### **2.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF**

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta A2</b> (n=132) - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	6,3%	,0%	2,6%	,0%	,0%
	Insatisfeito/a	3,1%	5,0%	10,5%	,0%	25,0%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	4,7%	5,0%	7,9%	25,0%	25,0%
	Satisfeito/a	57,8%	75,0%	57,9%	50,0%	50,0%
	Muito satisfeito/a	28,1%	15,0%	21,1%	25,0%	,0%

### **2.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF**

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta A2</b> (n=132) - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	,0%	7,7%
	Insatisfeito/a	7,8%	4,6%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	9,4%	4,6%
	Satisfeito/a	60,9%	60,0%
	Muito satisfeito/a	21,9%	23,1%

### **2.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF**

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta A2</b> (n=132) - Em relação ao modo como decorreu a actividade da sua USF até agora, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	5,2%	,0%
	Insatisfeito/a	7,3%	3,2%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	5,2%	9,7%
	Satisfeito/a	58,3%	64,5%
	Muito satisfeito/a	24,0%	22,6%

### 3 - IDENTIFICAÇÃO DE PREOCUPAÇÕES E PRIORIDADES

#### 3.1 – Resultados Totais

##### Pergunta A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?

(1 - menos importante a 5 - mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
<b>Pergunta A3.1</b> (n=134) - Formação	4,0	4,0	5	1	1,0	20%
<b>Pergunta A3.2</b> (n=130) - Instalações	3,9	4,0	5	1	1,1	30%
<b>Pergunta A3.3</b> (n=131) - Acreditação	3,8	4,0	5	1	,9	20%
<b>Pergunta A3.4</b> (n=132) - Equipamentos	4,1	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta A3.5</b> (n=133) - Contratualização	4,2	4,0	5	1	1,0	20%
<b>Pergunta A3.6</b> (n=128) - Carteiras Adicionais	3,6	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta A3.7</b> (n=127) - Incentivos Financeiros	4,2	4,0	5	1	,9	20%
<b>Pergunta A3.8</b> (n=128) - Actividades Específicas	4,1	4,0	5	2	,9	20%
<b>Pergunta A3.9</b> (n=130) - Incentivos Institucionais	4,2	4,0	5	2	,8	20%
<b>Pergunta A3.10</b> (n=134) - Sistemas de Informação	4,7	5,0	5	1	,8	20%
<b>Pergunta A3.11</b> (n=134) - Articulação com o ACES	4,4	5,0	5	2	,8	20%
<b>Pergunta A3.12</b> (n=134) - Mobilidade dos Profissionais para as USF	4,4	5,0	5	1	,8	20%
<b>Pergunta A3.13</b> (n=119) - Proliferação de ULS	3,6	4,0	5	1	1,1	30%
<b>Pergunta A3.14</b> (n=131) - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	4,4	5,0	5	1	,9	20%

##### Pergunta A3.15 - OUTROS problemas:

- Responsabilização do ACSS para o cumprimento da metodologia de contratualização com as USF Modelo A e Modelo B;
- Respostas/adequação às necessidades sentidas (instalações, equipamentos, reparações, etc.);
- Apoiar as USF em actividade com dificuldades antes de avançar com mais aberturas;
- Desmaterialização dos MCDTs;
- Contratualização adaptada a histórico e realidade de cada USF;
- Sistema de informação adequado à óptica do utilizador;
- Prioridade na mobilidade;
- Vínculo laboral precário de vários profissionais;
- Fidelização dos profissionais;
- Critérios de avaliação alguns subjectivos outros não comparáveis (diferenciar parâmetros das USF rurais das de contexto urbano);
- Definição de competências (ARS, seus departamentos; ACES);
- Clarificação das remunerações e reforma;
- Modelo estatístico actual ineficaz.

### 3.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF

#### Pergunta A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?

(1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é da ARS:				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta A3.1</b> (n=134) - Formação	3,9	4,3	3,8	4,0	4,0
<b>Pergunta A3.2</b> (n=130) - Instalações	3,7	4,1	4,1	3,8	4,0
<b>Pergunta A3.3</b> (n=131) - Acreditação	3,7	3,9	3,7	3,8	3,8
<b>Pergunta A3.4</b> (n=132) - Equipamentos	3,9	4,0	4,4	4,0	5,0
<b>Pergunta A3.5</b> (n=133) - Contraturalização	4,0	4,4	4,2	4,3	5,0
<b>Pergunta A3.6</b> (n=128) - Carteiras Adicionais	3,6	3,3	3,4	4,3	5,0
<b>Pergunta A3.7</b> (n=127) - Incentivos Financeiros	4,1	4,4	4,2	4,3	5,0
<b>Pergunta A3.8</b> (n=128) - Actividades Específicas	4,1	4,0	4,1	3,8	4,3
<b>Pergunta A3.9</b> (n=130) - Incentivos Institucionais	4,3	4,4	4,1	4,3	4,8
<b>Pergunta A3.10</b> (n=134) - Sistemas de Informação	4,6	4,9	4,7	5,0	5,0
<b>Pergunta A3.11</b> (n=134) - Articulação com o ACES	4,4	4,2	4,4	4,5	4,8
<b>Pergunta A3.12</b> (n=134) - Mobilidade dos Profissionais para as USF	4,4	4,2	4,6	4,0	4,5
<b>Pergunta A3.13</b> (n=119) - Proliferação de ULS	3,6	3,7	3,6	3,3	3,7
<b>Pergunta A3.14</b> (n=131) - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	4,3	4,3	4,6	5,0	4,8

### 3.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?**

(1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é de:	
	Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta A3.1</b> (n=134) - Formação	4,1	3,9
<b>Pergunta A3.2</b> (n=130) - Instalações	3,8	3,9
<b>Pergunta A3.3</b> (n=131) - Acreditação	3,7	3,9
<b>Pergunta A3.4</b> (n=132) - Equipamentos	4,2	3,9
<b>Pergunta A3.5</b> (n=133) - Contratualização	4,1	4,3
<b>Pergunta A3.6</b> (n=128) - Carteiras Adicionais	3,7	3,5
<b>Pergunta A3.7</b> (n=127) - Incentivos Financeiros	4,2	4,3
<b>Pergunta A3.8</b> (n=128) - Actividades Específicas	3,8	4,3
<b>Pergunta A3.9</b> (n=130) - Incentivos Institucionais	4,3	4,2
<b>Pergunta A3.10</b> (n=134) - Sistemas de Informação	4,7	4,7
<b>Pergunta A3.11</b> (n=134) - Articulação com o ACES	4,4	4,3
<b>Pergunta A3.12</b> (n=134) - Mobilidade dos Profissionais para as USF	4,5	4,3
<b>Pergunta A3.13</b> (n=119) - Proliferação de ULS	3,5	3,6
<b>Pergunta A3.14</b> (n=131) - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	4,5	4,3

### 3.4 – Média dos Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta A3 - Quais são os principais problemas a abordar junto da Ministra da Saúde?**

(1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta A3.1</b> (n=134) - Formação	3,9	4,1
<b>Pergunta A3.2</b> (n=130) - Instalações	3,8	4,0
<b>Pergunta A3.3</b> (n=131) - Acreditação	3,7	3,8
<b>Pergunta A3.4</b> (n=132) - Equipamentos	3,9	4,5
<b>Pergunta A3.5</b> (n=133) - Contratualização	4,2	4,1
<b>Pergunta A3.6</b> (n=128) - Carteiras Adicionais	3,5	3,7
<b>Pergunta A3.7</b> (n=127) - Incentivos Financeiros	4,2	4,3
<b>Pergunta A3.8</b> (n=128) - Actividades Específicas	4,1	3,9
<b>Pergunta A3.9</b> (n=130) - Incentivos Institucionais	4,2	4,3
<b>Pergunta A3.10</b> (n=134) - Sistemas de Informação	4,6	4,8
<b>Pergunta A3.11</b> (n=134) - Articulação com o ACES	4,4	4,4
<b>Pergunta A3.12</b> (n=134) - Mobilidade dos Profissionais para as USF	4,4	4,6
<b>Pergunta A3.13</b> (n=119) - Proliferação de ULS	3,6	3,5
<b>Pergunta A3.14</b> (n=131) - Remunerações no que se refere aos 13º/14º meses e reforma	4,4	4,5



## 4 - SATISFAÇÃO COM A FORMAÇÃO RECEBIDA

### 4.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta B1</b> (n=115) - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?	Muito insatisfeito/a	6,1%
	Insatisfeito/a	21,7%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	20,0%
	Satisfeito/a	43,5%
	Muito satisfeito/a	8,7%

### 4.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta B1</b> (n=115) - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?	Muito insatisfeito/a	5,0%	,0%	6,9%	,0%	33,3%
	Insatisfeito/a	18,3%	27,8%	24,1%	33,3%	33,3%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	20,0%	11,1%	24,1%	33,3%	33,3%
	Satisfeito/a	50,0%	55,6%	31,0%	,0%	,0%
	Muito satisfeito/a	6,7%	5,6%	13,8%	33,3%	,0%

### 4.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta B1</b> (n=115) - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?	Muito insatisfeito/a	8,2%	3,2%
	Insatisfeito/a	14,3%	27,4%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	26,5%	16,1%
	Satisfeito/a	44,9%	43,5%
	Muito satisfeito/a	6,1%	9,7%

### 4.4 – Resultados por Ano de Inicio de Actividade da USF

		USF com inicio funções 2006-2008	USF com inicio de funções 2009-2010
<b>Pergunta B1</b> (n=115) - Como classifica a sua experiência, nos últimos 2 anos, em termos gerais, quanto às acções de formação que frequentou dirigidas à USF?	Muito insatisfeito/a	5,4%	6,3%
	Insatisfeito/a	23,7%	12,5%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	20,4%	18,8%
	Satisfeito/a	41,9%	62,5%
	Muito satisfeito/a	8,6%	,0%

## 5 - NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

### 5.1 – Resultados Totais

**Pergunta B2** - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
<b>Pergunta B2.1</b> (n=134) - Coesão da equipa multiprofissional	3,9	4,0	5	1	1,1	30%
<b>Pergunta B2.2</b> (n=134) - Liderança	3,7	4,0	5	1	0,9	20%
<b>Pergunta B2.3</b> (n=133) - Auto-avaliação	4,0	4,0	5	1	0,9	20%
<b>Pergunta B2.4</b> (n=135) - Implementação de orientações clínicas comuns	4,0	4,0	5	1	0,9	20%
<b>Pergunta B2.5</b> (n=133) - Dificuldades no atendimento	3,9	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta B2.6</b> (n=134) - Dificuldades na gestão da consulta	3,5	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta B2.7</b> (n=133) - Optimização dos tempos de espera	3,6	4,0	5	1	0,9	30%
<b>Pergunta B2.8</b> (n=132) - Reuniões ineficazes	3,3	3,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta B2.9</b> (n=134) - Falhas na comunicação	3,8	4,0	5	2	0,9	20%
<b>Pergunta B2.10</b> (n=135) - Gestão de conflitos	3,8	4,0	5	2	0,9	20%
<b>Pergunta B2.11</b> (n=132) - Alinhamento da equipa com objectivos comuns	3,8	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta B2.12</b> (n=131) - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	3,8	4,0	5	1	1,0	30%
<b>Pergunta B2.13</b> (n=133) - Desenvolvimento do papel do secretário clínico	4,0	4,0	5	1	0,9	20%
<b>Pergunta B2.14</b> (n=132) - Sistemas da qualidade	4,2	4,0	5	2	0,8	20%

**Pergunta B2.15 – OUTRAS** áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse:

- Caracterização do papel do enfermeiro de família;
- Equidade de/no empenho;
- Gestão na relação trabalho-vida pessoal/familiar;
- Atendimento com qualidade aos cidadãos para secretariado clínico.

## 5.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF

**Pergunta B2** - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é da ARS:				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta B2.1</b> (n=134) - Coesão da equipa multiprofissional	3,8	4,1	3,8	4,0	4,0
<b>Pergunta B2.2</b> (n=134) - Liderança	3,8	3,8	3,6	3,3	3,8
<b>Pergunta B2.3</b> (n=133) - Auto-avaliação	4,0	4,3	3,8	4,5	4,0
<b>Pergunta B2.4</b> (n=135) - Implementação de orientações clínicas comuns	4,0	4,1	3,8	4,0	4,3
<b>Pergunta B2.5</b> (n=133) - Dificuldades no atendimento	4,0	3,7	3,8	4,3	3,8
<b>Pergunta B2.6</b> (n=134) - Dificuldades na gestão da consulta	3,6	3,5	3,3	3,0	4,3
<b>Pergunta B2.7</b> (n=133) - Optimização dos tempos de espera	3,6	3,5	3,6	3,5	3,8
<b>Pergunta B2.8</b> (n=132) - Reuniões ineficazes	3,3	3,3	3,0	3,5	3,8
<b>Pergunta B2.9</b> (n=134) - Falhas na comunicação	3,7	3,9	3,9	3,5	3,8
<b>Pergunta B2.10</b> (n=135) - Gestão de conflitos	3,8	3,8	3,8	3,5	4,0
<b>Pergunta B2.11</b> (n=132) - Alinhamento da equipa com objectivos comuns	3,8	3,5	3,6	4,3	4,0
<b>Pergunta B2.12</b> (n=131) - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	3,9	3,5	3,6	4,3	4,3
<b>Pergunta B2.13</b> (n=133) - Desenvolvimento do papel do secretário clínico	4,1	4,0	4,0	4,0	4,0
<b>Pergunta B2.14</b> (n=132) - Sistemas da qualidade	4,3	4,2	4,1	4,5	4,5

## 5.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta B2** - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é de:	
	Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta B2.1</b> (n=134) - Coesão da equipa multiprofissional	3,8	3,9
<b>Pergunta B2.2</b> (n=134) - Liderança	3,7	3,7
<b>Pergunta B2.3</b> (n=133) - Auto-avaliação	3,9	4,0
<b>Pergunta B2.4</b> (n=135) - Implementação de orientações clínicas comuns	3,9	4,0
<b>Pergunta B2.5</b> (n=133) - Dificuldades no atendimento	3,9	3,9
<b>Pergunta B2.6</b> (n=134) - Dificuldades na gestão da consulta	3,5	3,4
<b>Pergunta B2.7</b> (n=133) - Optimização dos tempos de espera	3,6	3,5
<b>Pergunta B2.8</b> (n=132) - Reuniões ineficazes	3,3	3,2
<b>Pergunta B2.9</b> (n=134) - Falhas na comunicação	3,8	3,7
<b>Pergunta B2.10</b> (n=135) - Gestão de conflitos	3,8	3,8
<b>Pergunta B2.11</b> (n=132) - Alinhamento da equipa com objectivos comuns	3,8	3,7
<b>Pergunta B2.12</b> (n=131) - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	3,8	3,7
<b>Pergunta B2.13</b> (n=133) - Desenvolvimento do papel do secretário clínico	3,9	4,2
<b>Pergunta B2.14</b> (n=132) - Sistemas da qualidade	4,2	4,3

## 5.4 – Média dos Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta B2** - Quais as áreas em que tem sentido maior dificuldade na actividade da sua USF e que gostaria que um programa de formação abordasse? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta B2.1</b> (n=134) - Coesão da equipa multiprofissional	3,9	3,8
<b>Pergunta B2.2</b> (n=134) - Liderança	3,7	3,8
<b>Pergunta B2.3</b> (n=133) - Auto-avaliação	4,0	3,9
<b>Pergunta B2.4</b> (n=135) - Implementação de orientações clínicas comuns	3,9	4,1
<b>Pergunta B2.5</b> (n=133) - Dificuldades no atendimento	3,9	3,8
<b>Pergunta B2.6</b> (n=134) - Dificuldades na gestão da consulta	3,4	3,6
<b>Pergunta B2.7</b> (n=133) - Optimização dos tempos de espera	3,5	3,8
<b>Pergunta B2.8</b> (n=132) - Reuniões ineficazes	3,2	3,4
<b>Pergunta B2.9</b> (n=134) - Falhas na comunicação	3,7	3,9
<b>Pergunta B2.10</b> (n=135) - Gestão de conflitos	3,7	3,9
<b>Pergunta B2.11</b> (n=132) - Alinhamento da equipa com objectivos comuns	3,7	3,7
<b>Pergunta B2.12</b> (n=131) - Desenvolvimento do papel do enfermeiro de família	3,7	3,8
<b>Pergunta B2.13</b> (n=133) - Desenvolvimento do papel do secretário clínico	4,1	3,8
<b>Pergunta B2.14</b> (n=132) - Sistemas da qualidade	4,2	4,2

## 6 – PRESENÇA DA ÁREA DA QUALIDADE

### 6.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta C1</b> (n=98) - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?	Sim	70,4%
	Não	29,6%

### 6.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C1</b> (n=98) - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?	Sim	71,7%	72,2%	70,4%	,0%	66,7%
	Não	28,3%	27,8%	29,6%	100,0%	33,3%

### 6.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C1</b> (n=98) - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?	Sim	61,1%	74,6%
	Não	38,9%	25,4%

### 6.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C1</b> (n=98) - O último relatório de actividades da sua USF tem um capítulo dedicado à área da Qualidade?	Sim	72,0%	58,3%
	Não	28,0%	41,7%

## 7 – PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

### 7.1 – Resultados Totais

**Pergunta C2** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
<b>Pergunta C2.1</b> (n=130) - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,2	5	5	1	1	20%
<b>Pergunta C2.2</b> (n=131) - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,3	5	5	2	0,8	20%
<b>Pergunta C2.3</b> (n=132) - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,4	5	5	1	0,8	20%
<b>Pergunta C2.4</b> (n=132) - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4,1	4	5	1	0,8	20%
<b>Pergunta C2.5</b> (n=133) - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,5	5	5	2	0,7	20%
<b>Pergunta C2.6</b> (n=132) - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,6	5	5	1	0,7	20%
<b>Pergunta C2.7</b> (n=132) - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,3	4	5	1	0,8	20%

**Pergunta C2.8 - OUTRAS** áreas a incluir num questionário sobre satisfação no trabalho numa USF:

- Apoio e disponibilidade da tutela;
- Segurança/violência no local de trabalho;
- Relações hierárquicas, mas distinguindo os vários graus de hierarquia;
- Responsabilidade pessoal transmitida e sentida;
- Valorizações pessoais e colectivas sentidas no contexto da Equipa;
- Equidade de tratamento pelo reforço positivo e/ou negativo (prémio/penalização).

## 7.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF

**Pergunta C2 -** Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é da ARS:				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C2.1</b> (n=130) - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,1	4,3	4,5	4,5	4
<b>Pergunta C2.2</b> (n=131) - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,2	4,3	4,5	4,5	4,3
<b>Pergunta C2.3</b> (n=132) - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,3	4,5	4,4	4,3	4,5
<b>Pergunta C2.4</b> (n=132) - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4,2	4,1	4	4	4,3
<b>Pergunta C2.5</b> (n=133) - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,4	4,6	4,7	4,8	4,3
<b>Pergunta C2.6</b> (n=132) - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,5	4,6	4,7	4,5	4,5
<b>Pergunta C2.7</b> (n=132) - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,3	4,5	4,3	4,5	4,3

### 7.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta C2** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é de:	
	Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C2.1</b> (n=130) - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,2	4,3
<b>Pergunta C2.2</b> (n=131) - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,2	4,4
<b>Pergunta C2.3</b> (n=132) - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,3	4,4
<b>Pergunta C2.4</b> (n=132) - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4	4,2
<b>Pergunta C2.5</b> (n=133) - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,5	4,6
<b>Pergunta C2.6</b> (n=132) - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,5	4,6
<b>Pergunta C2.7</b> (n=132) - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,3	4,5

### 7.4 – Média dos Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta C2** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C2.1</b> (n=130) - Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,2	4,2
<b>Pergunta C2.2</b> (n=131) - Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,3	4,4
<b>Pergunta C2.3</b> (n=132) - Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,3	4,5
<b>Pergunta C2.4</b> (n=132) - Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4,1	4,2
<b>Pergunta C2.5</b> (n=133) - Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,6	4,4
<b>Pergunta C2.6</b> (n=132) - Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,5	4,7
<b>Pergunta C2.7</b> (n=132) - Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,4	4,4

## 8 – PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO

### 8.1 – Resultados Totais

**Pergunta C3** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar: (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio padrão	Coefficiente de Variação
<b>Pergunta C3.1</b> (n=132) - A pontualidade de cada grupo profissional	4,1	4,0	5	2	,8	20%
<b>Pergunta C3.2</b> (n=132) - O horário de atendimento de cada grupo profissional	4,2	4,0	5	2	,8	19%
<b>Pergunta C3.3</b> (n=131) - A competência de cada grupo profissional	4,4	5,0	5	1	,8	18%
<b>Pergunta C3.4</b> (n=132) - A simpatia de cada grupo profissional	4,1	4,0	5	1	,8	20%
<b>Pergunta C3.5</b> (n=132) - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	4,5	5,0	5	1	,8	18%
<b>Pergunta C3.6</b> (n=132) - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	4,6	5,0	5	1	,7	15%
<b>Pergunta C3.7</b> (n=133) - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	4,4	5,0	5	2	,8	18%
<b>Pergunta C3.8</b> (n=133) - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	3,9	4,0	5	2	,8	21%
<b>Pergunta C3.9</b> (n=134) - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	4,0	4,0	5	2	,7	18%
<b>Pergunta C3.10</b> (n=132) - A facilidade em marcar uma consulta na USF	4,3	4,0	5	2	,7	16%
<b>Pergunta C3.11</b> (n=132) - A facilidade em falar pelo telefone para a USF	4,2	4,0	5	1	,9	21%
<b>Pergunta C3.12</b> (n=134) - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	4,1	4,0	5	1	,8	20%
<b>Pergunta C3.13</b> (n=133) - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	4,1	4,0	5	1	,9	22%
<b>Pergunta C3.14</b> (n=133) - O tempo de espera para atendimento	4,1	4,0	5	2	,8	20%
<b>Pergunta C3.15</b> (n=134) - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	4,4	5,0	5	1	,8	18%
<b>Pergunta C3.16</b> (n=134) - O conforto da USF	4,1	4,0	5	1	,8	20%
<b>Pergunta C3.17</b> (n=134) - A limpeza da USF	4,4	5,0	5	1	,8	18%

**Pergunta C3.18** - OUTRAS áreas a incluir nos questionários de satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF:

- A disponibilidade dos profissionais percebida pelos utentes;
- A compreensão demonstrada pelos profissionais perante as necessidades referidas pelos utentes;
- O respeito mútuo perante deveres e direitos das partes;
- Participação/contribuição do utente para obter um bom serviço;



- Responsabilização do utente perante os médicos, enfermeiros e administrativos;
- Contacto por e-mail;
- Criação de site da USF;
- A climatização;
- Identificar e quantificar as diferentes expectativas e seus contextos;
- Tempo de espera de atendimento telefónico;
- Impacto do cumprimento das regras estabelecidas;
- Disponibilidade para cumprir as regras de funcionamento da unidade;
- Conhece e compreende os deveres e os direitos como utente;
- A finalidade do médico de família;
- Responsabilidade da sociedade civil.

## 8.2 – Média dos Resultados por ARS de Pertença da USF

**Pergunta C3** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar: (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é da ARS:				
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C3.1</b> (n=132) - A pontualidade de cada grupo profissional	4,0	4,6	4,1	4,5	4,3
<b>Pergunta C3.2</b> (n=132) - O horário de atendimento de cada grupo profissional	4,1	4,3	4,2	4,5	4,3
<b>Pergunta C3.3</b> (n=131) - A competência de cada grupo profissional	4,3	4,6	4,4	4,5	4,3
<b>Pergunta C3.4</b> (n=132) - A simpatia de cada grupo profissional	4,0	4,2	4,1	4,3	3,8
<b>Pergunta C3.5</b> (n=132) - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	4,4	4,5	4,6	4,3	4,5
<b>Pergunta C3.6</b> (n=132) - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	4,4	4,8	4,8	4,3	4,3
<b>Pergunta C3.7</b> (n=133) - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	4,4	4,7	4,5	4,0	4,0
<b>Pergunta C3.8</b> (n=133) - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	3,9	4,1	4,0	3,8	4,3
<b>Pergunta C3.9</b> (n=134) - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	3,9	4,5	4,0	4,0	4,3
<b>Pergunta C3.10</b> (n=132) - A facilidade em marcar uma consulta na USF	4,2	4,5	4,5	4,0	4,3
<b>Pergunta C3.11</b> (n=132) - A facilidade em falar pelo telefone para a USF	4,0	4,6	4,3	4,0	4,0
<b>Pergunta C3.12</b> (n=134) - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	4,0	4,4	4,1	3,8	3,8
<b>Pergunta C3.13</b> (n=133) - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	4,0	4,4	4,1	3,8	3,8
<b>Pergunta C3.14</b> (n=133) - O tempo de espera para atendimento	4,0	4,3	4,2	4,0	4,0
<b>Pergunta C3.15</b> (n=134) - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	4,2	4,5	4,5	4,0	4,5
<b>Pergunta C3.16</b> (n=134) - O conforto da USF	4,1	4,4	4,0	4,3	4,3
<b>Pergunta C3.17</b> (n=134) - A limpeza da USF	4,2	4,6	4,6	4,3	4,3

### 8.3 – Média dos Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta C3** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar: (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF é de:	
	Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C3.1</b> (n=132) - A pontualidade de cada grupo profissional	4,0	4,3
<b>Pergunta C3.2</b> (n=132) - O horário de atendimento de cada grupo profissional	4,0	4,3
<b>Pergunta C3.3</b> (n=131) - A competência de cada grupo profissional	4,2	4,6
<b>Pergunta C3.4</b> (n=132) - A simpatia de cada grupo profissional	4,0	4,1
<b>Pergunta C3.5</b> (n=132) - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	4,5	4,5
<b>Pergunta C3.6</b> (n=132) - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	4,6	4,6
<b>Pergunta C3.7</b> (n=133) - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	4,4	4,4
<b>Pergunta C3.8</b> (n=133) - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	3,8	4,0
<b>Pergunta C3.9</b> (n=134) - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	3,9	4,1
<b>Pergunta C3.10</b> (n=132) - A facilidade em marcar uma consulta na USF	4,2	4,4
<b>Pergunta C3.11</b> (n=132) - A facilidade em falar pelo telefone para a USF	4,1	4,3
<b>Pergunta C3.12</b> (n=134) - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	3,9	4,2
<b>Pergunta C3.13</b> (n=133) - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	4,0	4,2
<b>Pergunta C3.14</b> (n=133) - O tempo de espera para atendimento	4,0	4,2
<b>Pergunta C3.15</b> (n=134) - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	4,4	4,3
<b>Pergunta C3.16</b> (n=134) - O conforto da USF	4,1	4,2
<b>Pergunta C3.17</b> (n=134) - A limpeza da USF	4,4	4,4

## 8.4 – Média dos Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta C3** - Quais as áreas que um questionário sobre satisfação do cidadão em relação aos serviços de uma USF deve contemplar: (1 - menos importante a 5 - mais importante)

	USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C3.1</b> (n=132) - A pontualidade de cada grupo profissional	4,2	3,9
<b>Pergunta C3.2</b> (n=132) - O horário de atendimento de cada grupo profissional	4,2	4,0
<b>Pergunta C3.3</b> (n=131) - A competência de cada grupo profissional	4,4	4,4
<b>Pergunta C3.4</b> (n=132) - A simpatia de cada grupo profissional	4,1	4,1
<b>Pergunta C3.5</b> (n=132) - A preocupação com a saúde dos utentes por parte de cada grupo profissional	4,5	4,6
<b>Pergunta C3.6</b> (n=132) - O respeito com que os utentes são tratados por cada grupo profissional	4,5	4,7
<b>Pergunta C3.7</b> (n=133) - O modo como a privacidade dos utentes foi mantida por cada grupo profissional	4,4	4,5
<b>Pergunta C3.8</b> (n=133) - A rapidez de atendimento por cada grupo profissional	4,0	3,9
<b>Pergunta C3.9</b> (n=134) - O serviço ao domicílio prestado por cada grupo profissional	4,0	4,0
<b>Pergunta C3.10</b> (n=132) - A facilidade em marcar uma consulta na USF	4,3	4,4
<b>Pergunta C3.11</b> (n=132) - A facilidade em falar pelo telefone para a USF	4,2	4,3
<b>Pergunta C3.12</b> (n=134) - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF	4,1	4,1
<b>Pergunta C3.13</b> (n=133) - A facilidade em falar pelo telefone com o enfermeiro de família na USF	4,1	4,1
<b>Pergunta C3.14</b> (n=133) - O tempo de espera para atendimento	4,2	4,0
<b>Pergunta C3.15</b> (n=134) - A rapidez com que os problemas urgentes dos utentes são resolvidos	4,4	4,6
<b>Pergunta C3.16</b> (n=134) - O conforto da USF	4,1	4,2
<b>Pergunta C3.17</b> (n=134) - A limpeza da USF	4,4	4,5

## 9 – OCORRÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO

### 9.1 – Resultados Totais

**Pergunta C5** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?

<b>Pergunta C5.1</b> (n=125) - Em 2009	Sim	44,0%
	Não	56,0%
<b>Pergunta C5.2</b> (n=127) - Em 2008	Sim	57,3%
	Não	42,7%

## 9.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

**Pergunta C5** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C5.1</b> (n=125) - Em 2009	Sim	52,5%	42,1%	38,2%	,0%	25,0%
	Não	47,5%	57,9%	61,8%	100,0%	75,0%
<b>Pergunta C5.2</b> (n=127) - Em 2008	Sim	64,6%	50,0%	48,1%	50,0%	66,7%
	Não	35,4%	50,0%	51,9%	50,0%	33,3%

## 9.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta C5** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C5.1</b> (n=125) - Em 2009	Sim	32,1%	53,8%
	Não	67,9%	46,2%
<b>Pergunta C5.2</b> (n=127) - Em 2008	Sim	39,3%	64,1%
	Não	60,7%	35,9%

## 9.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta C5** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?

		USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C5.1</b> (n=125) - Em 2009	Sim	50,5%	12,5%
	Não	49,5%	87,5%
<b>Pergunta C5.2</b> (n=127) - Em 2008	Sim	58,2%	,0%
	Não	41,8%	,0%

## 10 – OCORRÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CIDADÃO

### 10.1 – Resultados Totais

**Pergunta C4** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:

<b>Pergunta C4.1</b> (n=124) - Em 2009	Sim	48,4%
	Não	51,6%
<b>Pergunta C4.2</b> (n=122) - Em 2008	Sim	69,2%
	Não	30,8%

### 10.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

**Pergunta C4** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C4.1</b> (n=124) - Em 2009	Sim	58,1%	31,6%	43,8%	25,0%	25,0%
	Não	41,9%	68,4%	56,3%	75,0%	75,0%
<b>Pergunta C4.2</b> (n=122) - Em 2008	Sim	78,3%	53,8%	60,0%	100,0%	33,3%
	Não	21,7%	46,2%	40,0%	,0%	66,7%

### 10.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

**Pergunta C4** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C4.1</b> (n=124) - Em 2009	Sim	32,1%	60,9%
	Não	67,9%	39,1%
<b>Pergunta C4.2</b> (n=122) - Em 2008	Sim	45,8%	76,2%
	Não	54,2%	23,8%

### 10.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

**Pergunta C4** - Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF para além da que foi promovida pela MCSP:

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C4.1</b> (n=124) - Em 2009	Sim	58,5%	,0%
	Não	41,5%	100,0%
<b>Pergunta C4.2</b> (n=122) - Em 2008	Sim	69,0%	x
	Não	31,0%	x

## **11 – EXISTÊNCIA DE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS**

### **11.1 – Resultados Totais**

<b>Pergunta C6 (n=126) - A USF tem Manuais de Boas Práticas?</b>	Sim, para todas as áreas importantes	18,3%
	Sim, para a maioria das áreas importantes	33,3%
	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	35,7%
	Não, não tem nenhum	12,7%

### **11.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF**

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta C6 (n=126) - A USF tem Manuais de Boas Práticas?</b>	Sim, para todas as áreas importantes	17,5%	21,1%	17,1%	,0%	50,0%
	Sim, para a maioria das áreas importantes	36,5%	36,8%	31,4%	25,0%	,0%
	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	39,7%	31,6%	31,4%	25,0%	25,0%
	Não, não tem nenhum	6,3%	10,5%	20,0%	50,0%	25,0%

### **11.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF**

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta C6 (n=126) - A USF tem Manuais de Boas Práticas?</b>	Sim, para todas as áreas importantes	11,9%	23,1%
	Sim, para a maioria das áreas importantes	23,7%	43,1%
	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	42,4%	29,2%
	Não, não tem nenhum	22,0%	4,6%

### **11.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF**

		USF com início de funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta C6 (n=126) - A USF tem Manuais de Boas Práticas?</b>	Sim, para todas as áreas importantes	20,8%	7,7%
	Sim, para a maioria das áreas importantes	40,6%	11,5%
	Sim, mas apenas para um pequeno número das áreas importantes	33,3%	42,3%
	Não, não tem nenhum	5,2%	38,5%

## **12 – IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E APLICAÇÕES INFORMÁTICAS**

### **12.1 – Resultados Totais**

<b>Pergunta C7</b> (n=132) – Qual a aplicação informática de apoio à consulta, em uso na sua USF?	Medicine One	12,9%
	SAM/SAPE	78,8%
	Vitacare	8,3%

		A aplicação informática de apoio à consulta, em uso na USF, é:		
		MedicineOne (n=17)	SAM/SAPE (n=104)	Vitacare (n=11)
<b>Pergunta C8</b> (n=131) – Em relação à aplicação informática de apoio à consulta na sua USF, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	6,3%	13,6%	,0%
	Insatisfeito/a	25,0%	34,0%	22,2%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	18,8%	19,4%	22,2%
	Satisfeito/a	43,8%	30,1%	44,4%
	Muito satisfeito/a	6,3%	2,9%	11,1%

<b>Pergunta C9</b> (n=129) – Em relação à aplicação informática Alert P1, e de um modo geral, considera que o conjunto de todos os profissionais da sua USF está:	Muito insatisfeito/a	15,5%
	Insatisfeito/a	36,4%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	25,6%
	Satisfeito/a	21,7%
	Muito satisfeito/a	,8%

## **13 – ÁREAS DE ACTIVIDADE FUNCIONAL DA USF A ALTERAR**

### **13.1 – Resultados Totais**

**Pergunta C10** - Indique as três principais áreas que alteraria para melhorar o funcionamento da sua USF:

Foram mencionadas diferentes áreas de necessária intervenção, assim como as acções de melhoria de funcionamento da USF, nomeadamente:

- Abolir o ALERT P1;
- Absorver a lista de utentes que ficou sem médico no Centro de Saúde;
- Aplicar manual articulação;
- Aumentar número de profissionais das USF;
- Autonomia funcional e financeira na gestão corrente da USF;
- Avaliação interna - área qualidade;
- Criar uma interface com os utentes;

- Descentralizar competências da ARS para os ACES;
- Dinamizar o espaço de formação interna;
- Disponibilizar os incentivos de 2007 e 2008;
- Elaborar um manual de boas práticas;
- Indicadores estatísticos fiáveis;
- Investir mais em governação clínica;
- Investir nas infra-estruturas;
- Melhorar a acessibilidade física e as relações interpessoais;
- Melhorar a articulação com ACES, MCSP, ARS, MS;
- Melhorar a complementaridade e operacionalidade SAM / SAPE.
- Melhorar sistemas informáticos e de informação;
- Módulo estatístico eficaz;
- Promover auto-avaliação e círculos de qualidade;
- Reforçar da componente técnica;
- Segurança/vigilância;
- Sistema de gestão de atendimento;
- Transparência da contratualização;
- Transporte/visitas domiciliárias.

## **14 – EXISTÊNCIA DE MANUAL DE ARTICULAÇÃO NA USF**

### **14.1 – Resultados Totais**

<b>Pergunta D1</b> (n=134) - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?	Sim	59,0%
	Não	24,6%
	Está actualmente em discussão	16,4%

### **14.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF**

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta D1</b> (n=134) - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?	Sim	74,2%	50,0%	45,9%	25,0%	25,0%
	Não	16,7%	30,0%	27,0%	75,0%	50,0%
	Está actualmente em discussão	9,1%	20,0%	27,0%	,0%	25,0%



### 14.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta D1</b> (n=134) - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?	Sim	40,6%	75,8%
	Não	35,9%	15,2%
	Está actualmente em discussão	23,4%	9,1%

### 14.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta D1</b> (n=134) - Na sua USF, existe actualmente um Manual de Articulação aprovado?	Sim	71,1%	16,1%
	Não	19,6%	45,2%
	Está actualmente em discussão	9,3%	38,7%

## 15 – PROCESSO DE EXECUÇÃO DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO

### 15.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta D2</b> (n=78) - O Manual de Articulação foi:	Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes	76,9%
	Mais ou menos imposto pelo CS/ACES	15,4%
	Outra	7,7%

**Pergunta D2(3) - OUTRAS** situações, o manual de articulação:

- Estar redigido para apresentar à ULSAM;
- Encontrar-se em apreciação pelo ACES;
- Ter sido elaborado pela USF e aceite pelo ex-CS;
- Já estava elaborado quando a USF arrancou e até hoje a direcção nunca manifestou interesse em discuti-lo;
- Não existir porque a USF só entra em funções em Fevereiro de 2010;
- Resultar de uma "directiva" da ARS.

### 15.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta D2</b> (n=78) - O Manual de Articulação foi:	Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes	79,6%	88,9%	64,7%	,0%	100,0%
	Mais ou menos imposto pelo CS/ACES	16,3%	,0%	17,6%	100,0%	,0%
	Outra	4,1%	11,1%	17,6%	,0%	,0%

### 15.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta D2</b> (n=78) - O Manual de Articulação foi:	Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes	84,0%	74,0%
	Mais ou menos imposto pelo CS/ACES	8,0%	18,0%
	Outra	8,0%	8,0%

### 15.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta D2</b> (n=78) - O Manual de Articulação foi:	Discutido e acordado equilibradamente entre ambas as partes	76,8%	100,0%
	Mais ou menos imposto pelo CS/ACES	14,5%	,0%
	Outra	8,7%	,0%

## 16 – UTILIDADE DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO

### 16.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta D3</b> (n=80) - O Manual de Articulação tem sido:	Inútil	10,0%
	Pouco útil	46,3%
	Útil	41,3%
	Muito útil	2,5%

### 16.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta D3</b> (n=80) - O Manual de Articulação tem sido:	Inútil	14,6%	,0%	5,6%	,0%	0,0%
	Pouco útil	50,0%	36,4%	44,4%	100,0%	0,0%
	Útil	33,3%	63,6%	50,0%	0,0%	100,0%
	Muito útil	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

### 16.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta D3</b> (n=80) - O Manual de Articulação tem sido:	Inútil	3,8%	13,5%
	Pouco útil	30,8%	53,8%
	Útil	61,5%	32,7%
	Muito útil	3,8%	0,0%

## 16.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta D3</b> (n=80) - O Manual de Articulação tem sido:	Inútil	10,0%	0,0%
	Pouco útil	48,6%	20,0%
	Útil	41,4%	60,0%
	Muito útil	0,0%	20,0%

## 17 – COMPLEXIDADE DO MANUAL DE ARTICULAÇÃO

### 17.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta D4</b> (n=76) - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?	Sim	17,1%
	Não	82,9%

### 17.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta D4</b> (n=76) - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?	Sim	15,6%	30,0%	11,1%	0,0%	100,0%
	Não	84,4%	70,0%	88,9%	100,0%	0,0%

### 17.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta D4</b> (n=76) - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?	Sim	16,0%	18,8%
	Não	84,0%	81,3%

### 17.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta D4</b> (n=76) - O Manual de Articulação já foi alguma vez fonte de conflitos?	Sim	19,7%	0,0%
	Não	80,3%	100,0%

## 18 – PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

### 18.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta E1</b> (n=134) - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Muito de acordo	14,9%
	De acordo	58,2%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,9%
	Em desacordo	11,2%
	Muito em desacordo	3,7%
<b>Pergunta E2</b> (n=127) - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Muito de acordo	3,9%
	De acordo	23,6%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	22,8%
	Em desacordo	36,2%
	Muito em desacordo	13,4%
<b>Pergunta E3</b> (n=125) - O sistema informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.	Muito de acordo	4,0%
	De acordo	16,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	8,8%
	Em desacordo	27,2%
	Muito em desacordo	44,0%
<b>Pergunta E4</b> (n=123) - A contratualização é uma negociação transparente.	Muito de acordo	4,1%
	De acordo	25,2%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	22,0%
	Em desacordo	37,4%
	Muito em desacordo	11,4%
<b>Pergunta E5</b> (n=131) - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	Muito de acordo	11,5%
	De acordo	21,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	12,2%
	Em desacordo	47,3%
	Muito em desacordo	7,6%
<b>Pergunta E6</b> (n=124) - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.	Muito de acordo	12,1%
	De acordo	41,1%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	21,8%
	Em desacordo	21,8%
	Muito em desacordo	3,2%

## 18.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta E1</b> (n=134) - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Muito de acordo	13,6%	15,0%	10,5%	25,0%	25,0%
	De acordo	54,5%	65,0%	60,5%	75,0%	75,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	12,1%	15,0%	13,2%	,0%	,0%
	Em desacordo	13,6%	5,0%	13,2%	,0%	,0%
	Muito em desacordo	6,1%	,0%	2,6%	,0%	,0%
<b>Pergunta E2</b> (n=127) - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Muito de acordo	1,6%	5,0%	5,7%	,0%	,0%
	De acordo	20,3%	45,0%	17,1%	,0%	50,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	20,3%	30,0%	25,7%	33,3%	,0%
	Em desacordo	40,6%	20,0%	34,3%	66,7%	50,0%
	Muito em desacordo	17,2%	,0%	17,1%	,0%	,0%
<b>Pergunta E3</b> (n=125) - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.	Muito de acordo	1,6%	,0%	8,8%	,0%	,0%
	De acordo	4,7%	15,8%	41,2%	,0%	,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	9,4%	15,8%	2,9%	33,3%	,0%
	Em desacordo	29,7%	31,6%	20,6%	,0%	33,3%
	Muito em desacordo	54,7%	36,8%	26,5%	66,7%	66,7%
<b>Pergunta E4</b> (n=123) - A Contratualização é uma negociação transparente.	Muito de acordo	3,2%	5,3%	3,0%	,0%	,0%
	De acordo	17,5%	52,6%	27,3%	,0%	33,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	20,6%	21,1%	24,2%	33,3%	33,3%
	Em desacordo	41,3%	21,1%	36,4%	66,7%	33,3%
	Muito em desacordo	17,5%	,0%	9,1%	,0%	,0%
<b>Pergunta E5</b> (n=131) - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	Muito de acordo	10,9%	10,5%	13,2%	,0%	33,3%
	De acordo	23,4%	10,5%	26,3%	,0%	33,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	14,1%	,0%	15,8%	25,0%	,0%
	Em desacordo	43,8%	68,4%	36,8%	75,0%	33,3%
	Muito em desacordo	7,8%	10,5%	7,9%	,0%	,0%
<b>Pergunta E6</b> (n=124) - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.	Muito de acordo	12,7%	20,0%	6,3%	,0%	33,3%
	De acordo	36,5%	40,0%	53,1%	25,0%	66,7%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	23,8%	15,0%	21,9%	50,0%	,0%
	Em desacordo	22,2%	20,0%	18,8%	25,0%	,0%
	Muito em desacordo	4,8%	5,0%	,0%	,0%	,0%

### 18.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta E1</b> (n=134) - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Muito de acordo	9,1%	20,0%
	De acordo	59,1%	56,9%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	12,1%	12,3%
	Em desacordo	15,2%	7,7%
	Muito em desacordo	4,5%	3,1%
<b>Pergunta E2</b> (n=127) - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Muito de acordo	3,4%	3,1%
	De acordo	25,9%	21,5%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	22,4%	24,6%
	Em desacordo	37,9%	33,8%
	Muito em desacordo	10,3%	16,9%
<b>Pergunta E3</b> (n=125) - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.	Muito de acordo	1,8%	4,6%
	De acordo	15,8%	15,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	10,5%	7,7%
	Em desacordo	35,1%	21,5%
	Muito em desacordo	36,8%	50,8%
<b>Pergunta E4</b> (n=123) - A Contratualização é uma negociação transparente.	Muito de acordo	5,4%	1,6%
	De acordo	19,6%	29,7%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	25,0%	20,3%
	Em desacordo	37,5%	37,5%
	Muito em desacordo	12,5%	10,9%
<b>Pergunta E5</b> (n=131) - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	Muito de acordo	12,7%	10,9%
	De acordo	17,5%	23,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	14,3%	10,9%
	Em desacordo	46,0%	48,4%
	Muito em desacordo	9,5%	6,3%
<b>Pergunta E6</b> (n=124) - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.	Muito de acordo	10,2%	14,5%
	De acordo	32,2%	48,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	27,1%	17,7%
	Em desacordo	28,8%	14,5%
	Muito em desacordo	1,7%	4,8%

## 18.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta E1</b> (n=134) - A contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade.	Muito de acordo	14,6%	15,2%
	De acordo	59,4%	57,6%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,5%	12,1%
	Em desacordo	11,5%	9,1%
	Muito em desacordo	3,1%	6,1%
<b>Pergunta E2</b> (n=127) - As metas contratualizadas foram discutidas e negociadas de um modo equilibrado.	Muito de acordo	2,1%	7,7%
	De acordo	23,2%	26,9%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	21,1%	34,6%
	Em desacordo	40,0%	19,2%
	Muito em desacordo	13,7%	11,5%
<b>Pergunta E3</b> (n=125) - O Sistema Informático em uso na sua USF é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados.	Muito de acordo	3,2%	4,0%
	De acordo	14,7%	20,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	6,3%	20,0%
	Em desacordo	28,4%	24,0%
	Muito em desacordo	47,4%	32,0%
<b>Pergunta E4</b> (n=123) - A Contratualização é uma negociação transparente.	Muito de acordo	3,2%	4,2%
	De acordo	26,6%	20,8%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	20,2%	33,3%
	Em desacordo	38,3%	29,2%
	Muito em desacordo	11,7%	12,5%
<b>Pergunta E5</b> (n=131) - As metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES.	Muito de acordo	9,5%	16,7%
	De acordo	23,2%	13,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	10,5%	16,7%
	Em desacordo	51,6%	36,7%
	Muito em desacordo	5,3%	16,7%
<b>Pergunta E6</b> (n=124) - Os indicadores económicos deveriam basear-se em médias das USF.	Muito de acordo	11,8%	11,5%
	De acordo	48,4%	19,2%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	17,2%	34,6%
	Em desacordo	19,4%	30,8%
	Muito em desacordo	3,2%	3,8%

## 19 – RECURSOS FÍSICOS PARA A ACTIVIDADE PROFISSIONAL NA USF

### 19.1 – Resultados Totais

<b>Pergunta F1</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	18,9%
	De acordo	35,6%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	7,6%
	Em desacordo	22,7%
	Muito em desacordo	15,2%
<b>Pergunta F2</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	12,9%
	De acordo	42,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	9,8%
	Em desacordo	28,0%
	Muito em desacordo	6,8%

## 19.2 – Resultados por ARS de Pertença da USF

		USF é da ARS:				
		Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
<b>Pergunta F1</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	26,2%	5,0%	10,8%	25,0%	33,3%
	De acordo	35,4%	30,0%	40,5%	50,0%	33,3%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	4,6%	10,0%	13,5%	0,0%	0,0%
	Em desacordo	21,5%	35,0%	18,9%	0,0%	33,3%
	Muito em desacordo	12,3%	20,0%	16,2%	25,0%	0,0%
<b>Pergunta F2</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	18,5%	5,0%	5,3%	25,0%	0,0%
	De acordo	44,6%	45,0%	39,5%	50,0%	0,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	7,7%	15,0%	13,2%	0,0%	0,0%
	Em desacordo	24,6%	30,0%	31,6%	0,0%	100,0%
	Muito em desacordo	4,6%	5,0%	10,5%	25,0%	0,0%

## 19.3 – Resultados por Tipo de Modelo da USF

		USF é de:	
		Modelo A	Modelo B
<b>Pergunta F1</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	19,4%	18,2%
	De acordo	35,5%	36,4%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	8,1%	7,6%
	Em desacordo	19,4%	24,2%
	Muito em desacordo	17,7%	13,6%
<b>Pergunta F2</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	12,7%	12,1%
	De acordo	39,7%	45,5%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	6,3%	13,6%
	Em desacordo	31,7%	24,2%
	Muito em desacordo	9,5%	4,5%

## 19.4 – Resultados por Ano de Início de Actividade da USF

		USF com início funções 2006-2008	USF com início de funções 2009-2010
<b>Pergunta F1</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem instalações adequadas para a actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	19,8%	16,7%
	De acordo	35,4%	30,0%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	8,3%	6,7%
	Em desacordo	22,9%	23,3%
	Muito em desacordo	13,5%	23,3%
<b>Pergunta F2</b> (n=132) - A USF onde trabalho tem o equipamento adequado para actividade dos profissionais de saúde	Muito de acordo	14,4%	6,7%
	De acordo	43,3%	36,7%
	Nem de acordo/Nem em desacordo	11,3%	3,3%
	Em desacordo	27,8%	33,3%
	Muito em desacordo	3,1%	20,0%



## **20 – CARACTERÍSTICAS DOS RECURSOS HUMANOS DA USF**

### **20.1 – Resultados Totais**

	Médicos de Clínica Geral (n=133)		Enfermeiros (n=136)		Secretários Clínicos (n=136)	
Profissionais providos em lugar de quadro	471	91,28%	393	75,72%	302	70,89%
<b>Pergunta G2</b> – Na USF onde trabalho o número de profissionais <b>não providos</b> em lugar do quadro (sem vínculo definitivo à Função Pública) é de:	45	8,72%	126	24,28%	124	29,11%
<b>Pergunta G1</b> – Na USF onde trabalho o número de profissionais é de:	516	100,00%	519	100,00%	426	100,00%

## **21 – CARACTERÍSTICAS DAS USF**

### **21.1 – Resultados Totais**

		Respondentes ao Questionário (n=136)	
		%	Número
<b>Pergunta H1</b> (n=133) - A minha USF é da ARS:	Norte	49,6%	66
	Centro	15,0%	20
	Lisboa e Vale do Tejo	29,3%	39
	Alentejo	3,0%	4
	Algarve	3,0%	4
<b>Pergunta H2</b> (n=132) - A minha USF é de:	Modelo A	50,0%	66
	Modelo B	50,0%	66
<b>Pergunta H3</b> (n=130) - A minha USF iniciou funções em:	2006	19,2%	25
	2007	30,0%	39
	2008	25,4%	33
	2009	20,8%	27
	2010	4,6%	6